

ErISFaVIA

Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional Disabilities

IO2

Literature Review and Needs Assessment Study (in Romanian)



COPYRIGHT



This work is licensed under an [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

"The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein."



Literature Review and Needs Assessment Study (in Romanian)

Intellectual Output 2 (IO2)

ErISFaVIA

Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional
Disabilities



Early
Intervention
Services for
Families with Children with
Vision
Impairment and
Additional Disabilities



UNIVERSITATEA
BABEŞ-BOLYAI



No.	Partner Name	Logo
1	UNIVERSITY OF THESSALY-UTH (Leading Organization)	 UNIVERSITY OF THESSALY
2	UNIVERSITATEA BABES BOLYAI-UBB	 UNIVERSITATEA BABEŞ-BOLYAI
3	ISTANBUL MEDENIYET UNIVERSITY-IMU	 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
4	SYZOI-Association of Parents, Guardians and Friends of Visually Impaired Children with Additional Disabilities	
5	Liceul Special pentru Deficienti de Vedere Cluj- Napoca	
6	AMIMONI -Panhellenic Association of parents and friends of visually impaired people with additional handicaps	
7	St. Barnabas School for the Blind	
8	ANSGA-Ayse Nurtac Sozbir Gunebakan Association for the Children with Multiple Disabilities with Visual Impairment and Their Families	
9	Blindeninstitut München/Maria-Ludwig-Ferdinand- Schule	
10	Mali dom-Zagreb dnevni centar za rehabilitaciju djece imladezi	



INTELLECTUAL OUTPUT 2: Literature Review and Needs Assessment Study	
Key Action:	KA2-Cooperation for innovation and the exchange of good practices
Action Type:	KA201- Strategic Partnerships for school education
Grant Agreement No.:	2019-1-EL01-KA201-062886
Prepared by:	UNIVERSITATEA BABES BOLYAI
Contributors:	All partners
Intellectual Output:	IO2
Date:	31/05/2020
Email:	andrea.hathazi@ubbcluj.ro
Form:	Final

Acknowledgements

The present project ErISFaVIA-Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional Disabilities (No: 2019-1-EL01-KA201-062886) funded by the Erasmus+ programme of the European Union.



SINTEZĂ TEORETICĂ , STUDIU DE ANALIZĂ DE NEVOI

ERASMUS + PROIECT ERISFAVIA

PRODUS INTELECTUAL 2

CUPRINS

I. Cadrul general al Intervenției Timpurii. Politici și suport legal al programelor de Intervenție Timpurie

I.1. Legislație și drepturile omului. Fundamente ale Intervenției Timpurii

I.2. Scopul politicilor și programelor prezente ale UE

I.3. Elaborarea eficientă a politicilor pentru programele universale și personalizate de intervenție timpurie

I.4. Implicații asupra curriculumului programelor de formare

I.5. Programe de intervenție timpurie cu suport empiric/ științific/ teoretic. Exemple de programe de intervenție timpurie

II. Eficacitatea programelor de intervenție timpurie asupra dezvoltării copilului – sinteză teoretică

III. Dezvoltarea în copilăria mică. Caracteristici, implicații ale dizabilităților vizuale și dizabilităților multiple asupra dezvoltării, evaluării și intervenției

III.1. Caracteristicile dezvoltării timpurii

III.2. Implicații ale dezvoltării în deficiența de vedere, MDVI și deficiențele senzoriale multiple

III.3. Evaluarea în perioada copilăriei timpurii

III.4. Exemple de instrumente de evaluare

III.5. Limitele evaluării și depistării timpurii

III.6. Strategii utilizate în abordarea copiilor cu dizabilități auditive și/sau vizuale

III.7. Intervenții pentru copiii cu dizabilități senzoriale

IV. Bune practici în contextul intervenției timpurii în țările partenere din proiectul ErISFaVIA. Politici și sprijin legislativ în intervenția timpurie în fiecare dintre țările partenere în proiectul Erasmus+ ErISFaVIA. Scopul programelor actuale și anterioare ale UE și alte tipuri de cercetări privind intervenția timpurie în fiecare dintre țările partenere.



IV.1. CROAȚIA

- A. Politici și legislație
- B. Programul de intervenție timpurie - MALI DOM -Zagreb

IV.2. CIPRU

- A. Politici și legislație
- B. Programul de intervenție timpurie – St. Barnabas School for the Blind
- C. Instrumente de screening și evaluare

IV. 3. GERMANIA

- A. Politici și legislație
- B. Programul de intervenție timpurie – Blindeninstitut München

IV.4. GRECIA

- A. Politici și legislație
- B. Programe ale UE și alte proiecte europene de cercetare
- C. Programe universitare de pregătire a specialiștilor

D.1. Program de intervenție timpurie (E.I.P.) – AMIMONI

D.2. Program educational - SYZOI

IV.5. ROMÂNIA

- A. Politici și legislație
- B. Program de intervenție timpurie – Liceul Special pentru Deficienți de Vedere Cluj Napoca

IV.6. TURCIA

- A. Politici și legislație
- B. Formarea specialiștilor (programe universitare, postuniversitare și de formare continuă)
- C. Programe de intervenție timpurie

V. BIBLIOGRAFIE



I. Cadrul general al Intervenției Timpurii. Politici și suport legal al programelor de Intervenție Timpurie

1.1. Legislație și drepturile omului. Fundamente ale Intervenției Timpurii

Intervenția timpurie trebuie să fie considerată punct central al eforturilor pe care societatea le realizează pentru copiii la risc și familiile acestora. Este nevoie de un sistem coerent de intervenții bazate pe dovezi, ca răspuns la nevoile copiilor de vârstă mică vulnerabili. Cercetări anterioare în domeniul Intervenției Timpurii arată faptul că, în condițiile unei bune organizări a programelor de Intervenție Timpurie, implicațiile întârzierii în dezvoltarea cognitivă pot fi diminuate sau eliminate, prin comparație cu situația în care intervenția lipsește, în primii 5 ani de viață ai copilului. Mai mult, sistemul de intervenție timpurie nu contribuie doar direct la dezvoltarea copilului, ci poate reduce impactul factorilor de stres asociați cu riscul familial sau cu dizabilitatea copilului. Pe termen scurt, beneficiile Intervenției Timpurii au fost evidențiate în ultimii 25 de ani pentru copiii la risc și pentru cei cu dizabilități diagnosticate. Pentru a atinge beneficii pe termen lung, este nevoie de intervenții intensive care trebuie reglementate prin politici la nivel național, iar acestea este nevoie să se deruleze pentru o durată suficientă pentru a atinge punctele importante de tranziție din viața copilului.

Din punct de vedere al istoricului, Convenția Drepturilor Copiilor (CDC) reprezintă primul document legal recunoscut la nivel global care se concentrează pe nevoile unice și vulnerabilitățile copiilor (<https://www.unicef.org/child-rights-convention>). CDC este bazată pe patru principii: non-discriminarea, devotamentul față de interesul major al copilului, dreptul la viață, supraviețuire și dezvoltare și respectul pentru perspectiva copilului. Respectarea principiilor menționate presupune faptul că un mediu plin de grijă este esențial pentru ca un copil să-și dezvolte deplin potențialul, iar acest mediu este creat și susținut de drepturile sociale, culturale, politice, economice și civile (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2009).

Deși legislația internațională referitoare la intervenția timpurie este precară, principiul universal al drepturilor omului poate fi folosit pentru a evalua politicile și programele disponibile în anumite țări. Spre exemplu, în 1948, Declarația Universală a Drepturilor Omului, în Art. 25(2) specifică nevoia de îngrijire specială, asistență și protecție în copilărie (<https://www.humanrights.com/course/lesson/articles-19-25/read-article-25.html>). Acceptarea Declarației Universale arată susținerea politică pentru egalitate între indivizi din fiecare țară, indiferent de religie, etnie, mediu socio-economic de proveniență, care trebuie respectați pentru valoarea lor esențială ca ființe umane.

Un document care se referă în principal la copiii cu dizabilități este "Declarația privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități", adoptată în 1975, care specifică drepturile persoanelor cu dizabilități de a primi intervenții personalizate și servicii specifice nevoilor lor individuale, precum și dreptul de a primi tratamente adecvate. Pe de altă parte, există multe politici internaționale referitoare la copii care sunt centrate pe dreptul acestora la educație. Motivul principal pentru această centrare este referitor la faptul că educația reprezintă vehiculul principal prin care adulții



și copiii marginalizați economic și social pot depăși nivelul sărăciei și accede la modalități prin care să participe deplin în comunitățile lor (UNICEF, 2007). Abordări similare apar în Convenția împotriva Discriminării în Educație (1960) a Organizației Națiunilor Unite privind Educația, Știința și Cultura (UNESCO), Tratatul Internațional privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale (1966), precum și în Convenția privind Drepturile Copilului a Națiunilor Unite (1989) (UNICEF, 2007). Aceste politici arată comunității internaționale faptul că educația este un drept uman de la care copiii cu nevoi speciale nu trebuie să fie excluși; într-adevăr, educația ar putea fi unica modalitate disponibilă prin care copiii vulnerabili sau marginalizați ar putea dobândi o mai bună calitate a vieții.

Un document internațional mai recent este Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Convenția) și Protocolul Opțional al acesteia (un document conex care subliniază procedurile care pot fi implementate de către țările care adoptă Convenția) și a fost adoptat în Decembrie 2006 de către Națiunile Unite. Acesta reprezintă primul tratat comprehensiv referitor la drepturile omului al secolului XXI și consideră indivizii ca membri activi ai societății care își cunosc drepturile și care sunt capabili să le solicite.

Fiecare dintre aceste politici descrise subliniază principiile pe care diferite țări trebuie să ducă o strădanie activă pentru a le urma și să nu le contrazică prin legi sau acțiuni realizate la nivel național. Politicile au scopuri pe termen lung, cu diferențe semnificative în privința implementării și nivelului de atingere la nivel de țările care le susțin. Unele includ condiții, precum ideea de a fi în acord cu resursele disponibile, care oferă țărilor posibilitatea de a-și arăta susținerea, chiar dacă nu îl îndeplinesc, pentru idealul descris de standardele internaționale. Chiar și cu aceste limite, aceste politici au avantaje, deoarece atrag atenția globală și motivează acțiunea coordonată, pentru a atinge nevoile tuturor copiilor la nivel educațional, de sănătate, social și altele.

1.2. Scopul politicilor și programelor prezente ale UE

Pentru anii care urmează, Comisia Europeană a stabilit ca prioritară în UE abordarea sărăciei și excluziunii sociale. Statisticile arată că dintre 80 de milioane de persoane la risc de sărăcie în UE, 19 milioane sunt copii. Deși reducerea sărăciei în cazul copiilor nu a fost stabilită ca scop specific, aceasta este considerată ca parte integrantă din scopul general de reducere a sărăciei și excluziunii sociale. Pentru abordarea priorităților, un aspect cheie al procesului derulat în semestrul European, care implementează Strategia Europeană pe 2020 este adoptarea de către Consiliul European a unor recomandări specifice fiecărei țări. În 2014, un număr de douăzeci și șase de țări membre au primit recomandările referitoare la copii, care acopereau: suport material, eficiență/ eficacitate a Educației și Îngrijirii Timpurii (ECEC)/ îngrijirea copilului (acces, disponibilitate, calitate), educație incluzivă/ debut timpuriu al școlarizării, locuințe la prețuri convenabile, sprijin financiar, reconciliere, activare a tinerilor, sănătate și abordarea populației rroma. În privința ECEC, **măsurile admit importanța crucială a depășirii abordărilor anterioare a serviciilor adresate copiilor ca fiind doar de îngrijire a copiilor în timpul serviciului părinților și întăresc importanța integrării îngrijirii și educației și adresării**



nevoilor copiilor în manieră holistică. Centrarea pe starea de bine a copilului accentuează importanța ECEC de calitate ridicată pentru a stimula dezvoltarea copilului, indiferent de statutul profesional al părinților.

Liderii UE au stabilit recent ECEC ca unul dintre drepturile fundamentale ale cetățenilor europeni. Unul dintre cele 20 de principii cheie ale Pilonului European a Drepturilor Sociale constă în ideea conform căreia ”copiii au dreptul la educație timpurie la preț rezonabil și la îngrijire de bună calitate”. Mai mult, acesta evidențiază ideea conform căreia ”*copiii din medii dezavantajate au dreptul la măsuri specifice pentru a accede la oportunități egale*”. Cu toate acestea, apelul de a face tranziția spre o Arie Educațională Europeană până în anul 2025 admite faptul că există deficiențe în privința accesului, calității și disponibilității ECEC. În medie, 34% sau aproximativ 5 milioane de copii cu vârsta sub 3 ani frecventează ECEC. Doar șapte state membre (Danemarca, Germania, Estonia, Letonia, Slovenia, Finlanda și Suedia), precum și Norvegia, garantează un loc în sistemul public pentru fiecare copil de la vârstă mică (6 până la 18 luni). ECEC de calitate pentru copiii sub 3 ani nu este încă disponibilă în multe țări europene. Conținuturi educaționale clare pentru toți copiii, oferite de personal calificat și susținute de politici consistente sunt finanțate în speciale în regiunile Nordică, Baltică și Balcanică. Aceste țări oferă servicii ECEC integrate pentru toți copiii de vârstă mai mică decât școala primară. Totuși, unele încă fac eforturi pentru a garanta accesul pentru fiecare copil și au rate scăzute ale frecvenței.

Disponibilitatea limitată a educației timpurii, accesul, accesibilitatea din punct de vedere al costurilor și calitatea rămân obstacole majore, cu impact negativ asupra dezvoltării copiilor. Accesul copiilor din medii defavorizate la aceste servicii reprezintă, de asemenea, o provocare. Prin urmare, scopurile principale ale ECEC sunt: a) accesul la servicii de îngrijire a copiilor de calitate, disponibile ca preț, oferite de profesioniști cu calificare adecvată, b) asigurarea unor abordări timpurii și preventive, incluzând măsuri specifice pentru a încuraja participarea copiilor din medii dezavantajate. În ceea ce privește serviciile existente în țările partenere la proiect, descriem mai jos unele particularități specifice fiecărei țări.

1.3. Elaborarea eficientă a politicilor pentru programele universale și personalizate de intervenție timpurie

Problema asigurării unor servicii de bună calitate pentru toți copiii a fost ridicată de multă vreme, în paralel cu cea a asigurării accesului copiilor la risc. Această chestiune poate constitui o provocare, în special în perioade de austeritate economică, în care apare nevoia convingerii politicianilor de faptul că serviciile trebuie să fie disponibile pentru toată populația, nu doar pentru cea vulnerabilă. Experții în domeniul intervențiilor timpurii menționează trei ”nivele” de suport interventiv pentru dezvoltarea copilului: a. programe universale, oferite unei părți mai largi a societății, care sunt adresate copiilor în intervalul de vârstă 0-5 ani, b. programe de intervenție ”țintite”, pentru copiii la risc pentru întârziere în dezvoltare sau cu dizabilități și c. intervenții specializate pentru copiii cu nevoi adiționale specifice (de ex., grupuri comunitare pentru îngrijitorii copiilor cu dizabilități). Este evident că serviciile universale pot atrage susținere publică mai ridicată și că acest lucru ajută la asigurarea calității serviciilor oferite. Cu toate acestea,



serviciile dedicate populației generale trebuie să identifice și să se adreseze copiilor și familiilor care au șanse mai scăzute de a accesa astfel de servicii sau care ar putea avea nevoie de suport suplimentar. Serviciile de protecția copilului pot juca un rol cheie în identificarea copiilor la risc. O abordare centrată pe arii specifice, care se concentrează asupra comunităților dezavantajate, poate fi o altă modalitate de a ajunge la copii la risc.

În privința politicilor, toți cei implicați sunt de părere că utilizarea celor mai bune dovezi disponibile pentru dezvoltarea unor servicii accesibile, disponibile din punct de vedere financiar, de calitate ridicată, este cheia pentru scoaterea din sărăcie a copiilor și familiilor. Totuși, este important de decis ce anume reprezintă dovezi de calitate. Există o nevoie ca rapoartele de cercetare să fie evaluate riguros din punct de vedere al calității și să fie revizuite de specialiști în domeniu. Există un acord general că evaluarea programelor trebuie să fie riguroasă și programele care în mod evident nu sunt eficiente să fie stopate, deși chiar și acestea pot oferi puncte utile de învățare. Totuși, există sinteze ale literaturii cu rezultate mixte în privința eficienței diferitelor programe, iar acest lucru se datorează dificultăților în derularea studiilor clinice randomizate în acest domeniu. Acest fapt atrage atenția asupra monitorizării și evaluării programelor. Provocarea este de a identifica acele programe care sunt eficiente din punct de vedere al costurilor. O soluție posibilă este implicarea tuturor părților interesate în dezvoltarea și evaluarea cercetărilor și studiilor de evaluare și vice-versa, implicarea cercetătorilor în procesul dezvoltării politicilor. Ținând cont de situația diferitelor țări, patru teme necesită atenție particulară: a. familiile și profesioniștii au nevoie de măsuri politice coordonate cu atenție în privința strategiilor de implementare, obiectivelor, mijloacelor și rezultatelor; b. măsurile politice trebuie să aibă ca scop susținerea și asigurarea coordonării serviciilor educaționale, sociale și de sănătate implicate; c. măsurile care se suprapun sau sunt contradictorii de-a lungul sau în contextul serviciilor trebuie evitate și d. măsurile politice ar putea include dezvoltarea la nivel regional și național a unor centre de suport pentru intervenția timpurie a copiilor, care să acționeze ca liant între nivelele politicilor, profesioniștilor și a beneficiarilor (familiilor).

1.4. Implicații asupra curriculumului programelor de formare

Copiii mici învață și își dezvoltă abilități printr-un set universal de principii și operații. Cercetarea în intervenția timpurie își propune să operaționalizeze aceste principii, astfel încât profesioniștii și părinții să poată înțelege cu mai mare acuratețe copiii și să poată planifica mai eficient programe terapeutice. Multe programe de intervenție timpurie îmbină două seturi de principii și metode pentru a promova beneficiile pentru sugari și preșcolari cu întârzieri și dizabilități: *de dezvoltare* și *comportamentale*. O *abordare combinată developmental - comportamentală* recunoaște apariția capacităților copiilor într-o manieră invariantă, secvențială, care este direct legată de factori neurofiziologici. Cu toate acestea, capacitățile de dezvoltare, în special pentru copiii cu dizabilități, apar numai atunci când acestora le sunt oferite de către mediu oportunități specifice pentru a exersa, învăța și generaliza aceste abilități în interacțiunea cu ceilalți. Astfel, diferite programe de intervenție timpurie susțin că principiile de dezvoltare oferă



conținutul (de exemplu, curriculum de dezvoltare și jucării) programului lor, în timp ce principiile comportamentale oferă *metode* de învățare a unor modele complexe de competențe.

Analizele componentelor programului de intervenție timpurie, identificate într-un număr din ce în ce mai mare de comunități, indică faptul că acest sistem cuprinde trei caracteristici majore: susținere din punct de vedere al resurselor, suport social și furnizarea de informații și servicii (Guralnick, 1997). În ceea ce privește conținuturile curriculare ale programelor care trebuie puse în aplicare de către practicieni, scopul lor este prevenirea și remediarea întârzierilor de dezvoltare, recunoașterea factorilor de risc din mediul imediat al copilului și limitarea consecințelor întârzierilor. Programele din domeniu pot varia în intensitate, gradul de structurare și modul de implementare. Unele dintre programele de formare se limitează la furnizarea de experiențe de învățare (programe de stimulare a dezvoltării), în timp ce altele vizează formarea unor competențe selectate (de exemplu, protocoale de dezvoltare cognitivă dezvoltare și programe de training comportamental). Locația derulării programului poate varia de la serviciul de domiciliu, la creșe/ grădinițe de masă sau specializate. Mai mult decât atât, poate fi necesar pentru copil să primească terapie individuală, care îl poate ajuta să-și îmbunătățească funcționarea în unele domenii specifice de dezvoltare.

Prin urmare, **ECEC - Educația și îngrijirea timpurie** - reprezintă un ansamblu de servicii/ oferte pentru copiii foarte mici și familiile lor, furnizate la cererea acestora la un anumit moment din viața unui copil, acoperind orice acțiune întreprinsă atunci când un copil are nevoie de sprijin special pentru a-și asigura și îmbunătăți dezvoltarea personală; consolidarea competențelor proprii ale familiei și promovarea incluziunii sociale a familiei și a copilului. Aceste acțiuni trebuie să fie asigurate în cadrul natural al copilului, de preferință la nivel local, cu o abordare de lucru în echipă orientată spre familie și multidimensională.

Un element important care apare în diferite definiții este ideea de prevenție ca parte a demersului de intervenție. Simeonsson (1994) enumeră trei nivele ale prevenției și intervenției, având în vedere *momentul* în care ar fi de dorit să aibă loc acțiunea preventivă:

Prevenția primară are ca scop reducerea numărului de cazuri noi de boli sau probleme identificate la nivelul populației (incidență). De exemplu, aceasta vizează reducerea cazurilor noi prin identificarea copiilor expuși riscului. Prevenția primară include măsuri de prevenire a tulburărilor sau circumstanțelor care ar putea duce la dizabilitate (OMS, 1980). Prevenția primară se referă la intervenții care sunt realizate înainte de debutul unei tulburări. Aceste acțiuni pot fi: a) *universale*, cum ar fi măsurile de sănătate adresate tuturor copiilor și familiilor, de exemplu programe de vaccinare pentru întreaga populație; b) *selective*, adresate unei populații fixe, de exemplu grupuri cu risc ridicat; c) *indicate* unei populații, de exemplu persoanelor cu un risc identificat.

Prevenția secundară vizează reducerea numărului de cazuri existente ale unei probleme identificate, prin acțiuni realizate după debutul problemei, dar înainte ca aceasta să fie pe deplin dezvoltată (prevalență).



Prevenția terțiară are ca scop reducerea complicațiilor asociate cu o problemă sau o afecțiune identificată, limitarea sau reducerea efectelor unei tulburări sau ale unei dizabilități, prin acțiuni realizate atunci când acestea sunt deja prezente.

Aceste trei nivele pot fi identificate într-un context mai larg, luând în considerare modelul "bio-psiho-social" al funcționării și dizabilității, publicat de OMS (Organizația Mondială a Sănătății, ICF, 2001). Conform acestei abordări, prevenția în domeniul intervenției timpurii în copilărie nu poate lua în considerare doar starea de sănătate a unei persoane; aceasta ar trebui să ia în considerare și mediul său social: *"funcționarea unei persoane într-un domeniu specific este o interacțiune sau o relație complexă între condițiile de sănătate și factorii contextuali (factori de mediu și personali). Există o interacțiune dinamică între aceste entități: intervențiile într-o entitate au potențialul de a modifica una sau mai multe dintre celelalte entități"* (p. 19).

Pentru a măsura impactul - eficacitatea - ECEC, toți actorii implicați în intervenție trebuie să fie luați în considerare: *copilul* - progresul realizat și percepția de sine a copilului, ori de câte ori este posibil; *familia* - nivelul de satisfacție al familiei; *profesioniștii* - nivelul lor de satisfacție și competență; *comunitatea* - nivelul de satisfacție, beneficiile, costul / efectul investițiilor etc.

Un curriculum pentru copilăria timpurie bazat pe dovezi este în concordanță cu cercetarea cu privire la modul în care copiii se dezvoltă și învață. Acesta oferă conținut și practici de predare consistente, care au fost demonstrate ca fiind sprijin pentru învățare și dezvoltarea copiilor. Acesta se concentrează pe conținut și competențe specifice domeniului, adecvate din punct de vedere al dezvoltării, care contribuie la dezvoltarea ulterioară a copiilor în respectivul domeniu. Are un conținut bogat, ceea ce înseamnă că oferă o varietate de experiențe și activități, care stimulează învățarea și dezvoltarea copiilor. În plus, un curriculum bazat pe dovezi oferă o succesiune de experiențe de învățare bazate pe progresele de dezvoltare ale copiilor.

1.5. Programe de intervenție timpurie cu suport empiric/ științific/ teoretic. Exemple de programe de intervenție timpurie

Au fost formulate o serie de argumente solide pentru eficacitatea programelor de intervenție timpurie pentru: a. stimularea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului, b. creșterea stării de bine a familiei, c. beneficii pe termen lung pentru societate, și d. prevenirea dizabilităților datorate deprivării de mediu și sociale. Programele de intervenție timpurie contribuie la prevenirea dizabilităților secundare (Beirne-Smith, Ittenbach, & Patton, 2002).

Educația centrată pe copil este adaptată nevoilor și abilităților copilului și recunoaște dreptul fiecărui copil de a beneficia de intervenție în afara familiei. Abordarea centrată pe copil este individualizată, datorită diversității ridicate a copiilor cu dizabilități multiple.

Intervențiile centrate pe familie se concentrează asupra familiei, iar profesionistul învață familia anumite abilități pe care le pot folosi cu copilul lor. De obicei, abordarea centrată pe familie este utilizată în programe de intervenție timpurie și programe de vizită la domiciliu. O abordare colaborativă cu familia este una care încearcă să pună nevoile copilului pe primul loc, luând în considerare totodată nevoile familiei în ansamblu (Durando, Chen, & Petroff, 2017).



Mai multe țări, precum SUA, au promovat inițiative naționale în domeniul intervenției timpurii, care au subliniat importanța procesului decizional "bazat pe dovezi" pentru educație și intervenție timpurie, ca mod de îmbunătățire a rezultatelor pentru copii (Smith & Kelly, 2014).

Dizabilitatea vizuală (DV) este considerată o dizabilitate cu incidență scăzută în copilărie, aproximativ 1 din 1000 de copii de vârstă școlară fiind identificați cu deficite la nivel vizual și un număr chiar mai mic cu cecitate. Există o mare diversitate în rândul copiilor cu DV, și cu atât mai mare în rândul copiilor cu surdo-cecitate (SC) și dizabilități senzoriale multiple (DSM), mulți având dizabilități asociate (Parker & Ivy, 2014). În această categorie de dizabilitate, există o mare eterogenitate în ceea ce privește gradele deficitelor senzoriale, atât pentru vedere, cât și pentru auz, precum și tipurile de dizabilități asociate care sunt prezente. Cauzele medicale ale dizabilităților intelectuale sau ale diverselor sindroame pot fi, de asemenea, asociate cu grade semnificative de DV și SC. Foarte adesea, este posibil ca furnizorii locali de servicii să nu identifice pierderile senzoriale la o vârstă fragedă și să nu recunoască impactul pierderii senzoriale asupra dezvoltării. Întârzierile și deficitele semnificative în comunicare din cadrul acestui grup divers sunt o caracteristică frecventă.

Din punct de vedere al dezvoltării, intervenția ar trebui să înceapă cât mai curând posibil. Serviciile pot fi oferite în școli de tip centru sau în mediul învățământului special, dar și în medii incluzive sau la domiciliu.

Eficacitatea intervenției în domeniul comunicării este influențată de faptul de a avea activități, subiecte, sau abordări preferate ca parte a conversației, oferind intervenția într-un mod jucăuș sau care implică activități de auto-îngrijire. Implicarea părinților este extrem de importantă, iar mamele și tații trebuie să fie parteneri în intervenție, să adopte strategii pe care le identifică în timpul terapiei, astfel încât să aibă succes cu copiii lor (Parker & Ivy, 2014).

Educația centrată pe familie mută intervenția primară de la copil la părinți sau îngrijitori. Terapeuții învață familiile abilitățile pe care le folosesc cu copilul lor, o abordare care este frecvent utilizată în programele de intervenție timpurie și educația la domiciliu. Interesul superior al copilului este, de asemenea, interesul superior al familiei în ansamblu. Poate fi important pentru toți membrii echipei unui program de intervenție timpurie cu o componentă semnificativă centrată pe mediul de acasă să primească vizite la domiciliu. Unele familii pot considera o ședință la domiciliu ca fiind intruzivă, în timp ce altele se pot simți mult mai confortabil în raport cu ședințele la domiciliul lor.

Educația centrată pe copil este adaptată la setul unic de nevoi și abilități ale unui copil și recunoaște că fiecare copil are drepturi individuale independente de familia lui. Este necesar un grad ridicat de individualizare, care este în concordanță cu o abordare centrată pe copil, deoarece elevii cu dizabilități severe și multiple diferă foarte mult unul de altul și de ceilalți copii.

Câteva exemple de programe de intervenție timpurie utilizate pe scară largă, susținute empiric și teoretic, destinate copiilor cu întârzieri și tulburări de dezvoltare sunt:

- Fit for Me: Activități pentru construirea abilităților motorii la copiii mici (Karnes, 1992)
- Curriculum-ul Carolina pentru sugari și copii mici cu nevoi speciale (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004)



- Play and Learn: Curriculum pentru preșcolari, bazat pe motricitate, pentru copii cu toate tipurile de abilități (Coleman, Sullivan, & Krueger, 2002).

Programele de intervenție timpurie pentru grupurile de risc ajută la prevenirea problemelor secundare asociate ale familiilor vulnerabile. Un astfel de program este "Parteneriatul Asistent medical - familie" ("Nurse Family Partnership", Zeanah, Stafford, & Zeanah, 2005), centrat pe relația dintre copil și îngrijitor, atașament, formarea mediatorilor familiari care pot stimula starea de bine a copilului, ajutând părinții să aibă grijă de copilul lor, îmbunătățirea comportamentului copilului, pregătirea pentru școlaritate, îmbunătățirea realizărilor școlare, precum și abilitățile profesionale și sănătatea mintală a părinților.

Alte exemple de programe centrate pe familie sunt:

- 1) "Pași spre Parenting plăcut, eficient" („*Steps Toward Enjoyable, effective Parenting*")
- 2) "Promovarea primelor relații" („*Promoting First Relationships*")
- 3) "Coaching a sensibilității" („*Sensitivity Coaching*")
- 4) "Program de suport familial prin vizite la domiciliu" („*Home Visiting Family Support Program*")
- 5) "Proiectul UCLA de Dezvoltare a familiei" („*UCLA Family Development Project*") (Zeanah, Stafford, & Zeanah, 2005).

Eficacitatea programelor de intervenție timpurie axate pe părinți pentru familiile cu risc ridicat este mai mare dacă programul abordează, pe lângă relația părinte-copil, probleme parentale, cum ar fi sărăcia, șomajul, lipsa sau sărăcia locuinței, abuzul de substanțe. Abordarea relațiilor dintre îngrijitor și alți membri ai familiei, îngrijitori, și parteneri este, de asemenea, necesară. Intervenția trebuie începută cât mai curând posibil, astfel încât părintele să poată forma o relație terapeutică cu specialistul. Serviciile sunt de obicei intense, de lungă durată, astfel încât familia să poată beneficia de o relație constantă, puternică și sănătoasă pentru a crește și a-și îmbunătăți funcționarea.

CAPEDP Competențe parentale și atașament în copilăria mică: Diminuarea riscurilor legate de tulburări ale sănătății mentale și promovarea rezilienței (*Compétences parentales et Attachment dans la Petite Enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience*) este un program de vizite la domiciliu dezvoltat în Franța, și se bazează pe teoria atașamentului (Bowlby, 1982), teoria auto-eficacității (Bandura, 1977) și teoria sistemelor ecologice umane (Bronfenbrenner, 1979). Politica programului este că familiile au acces gratuit la sisteme extinse, cuprinzătoare, și de lungă durată de îngrijire a sănătății. Programul a inclus familii din diferite categorii: cu venituri mici, nivel scăzut de educație sau care sunt formate de un singur îngrijitor al copilului.

Proiectul CAPEDP a implicat 440 de femei și familiile lor din Franța în perioada 2006-2011. Pentru a fi eligibile pentru a fi incluse, femeile trebuiau să aibă vârsta maximă de 26 de ani și să prezinte cel puțin unul dintre cei trei factori de risc: venituri mici, nivel scăzut de educație sau intenția de a crește singură copilul. Programul de intervenție a constat în 44 de vizite la domiciliu cu frecvență săptămânală începând din al treilea trimestru de sarcină și terminându-se



treptat cu diminuarea frecvenței începând cu a doua aniversare a copilului (Saias et.al., 2013). În timpul perioadei postnatale (0-3 luni) profesioniștilor care au realizat vizitele la domiciliu li s-a reamintit să acorde o atenție deosebită simptomelor de depresie maternă și să utilizeze abordarea prin ascultare activă cu orice mamă care prezintă simptome de debut a depresiei. După nașterea copilului, psihologii au utilizat video-feedback-ul, folosind secvențe cotidiene pentru a crește sensibilitatea mamei și de a reduce comportamentul matern perturbat. Rata de abandon a studiului a fost de 17% la vârsta de trei luni a copilului și a crescut constant până la 63% până la sfârșitul intervenției la 24 de luni. Mai multe variabile au fost asociate cu abandonul timpuriu în timpul programului (de exemplu avorturi anterioare, insecuritate a atașamentului) și abandon ulterior (de exemplu, pierdere parentală înainte de vârsta de 11 ani) (Foulon et. al., 2015). Diferite aspecte au fost evaluate la șase intervale diferite: la includere și la 3, 6, 12, 18 și 24 luni după naștere. Sănătatea mintală a copilului, depresia maternă și calitatea mediului de îngrijire au fost considerate ca fiind variabilele mediatore majore pentru sănătatea mintală a sugarilor. În plus, atașamentul mamă-copil a fost evaluat în timpul vizitelor la domiciliu. Într-un subgrup de 120 de familii randomizate, stilul de atașament și comportamentul matern perturbat au fost măsurate în laborator (Perkins et al., 2002).

Ca o concluzie generală bazată pe variabilele luate în considerare, CAPEDP nu a reușit să demonstreze un efect global asupra depresiei postnatale materne. Cu toate acestea, analizele post-hoc arată că intervenția a fost eficientă în ceea ce privește prevenția primară și în subgrupurile de femei fără factori de risc (Dugravier, et al., 2013). Cu toate acestea, intervenția CAPEDP s-a dovedit a fi eficientă în reducerea semnificativă a dezorganizării atașamentului copilului și a comportamentului matern perturbat într-un subgrup de 120 de familii (Terenó, et. al., 2017). În grupul de intervenție, procentul de atașament dezorganizat a fost de 7,7% față de 21,2% în grupul de control. În grupul de intervenție, procentul comportamentului matern perturbat a fost de 31,7% față de 51,9% în grupul de control.

Un program similar, numit **Pro Kind** a fost aplicat și în Germania, și s-a bazat pe aceleași teorii ale auto-eficacității, atașamentului și ecologiei umane. Programul a avut ca scop susținerea sănătății mamei și copilului, dezvoltarea copilului, cursul vieții materne, precum și reducerea riscului de abuz și neglijare a copiilor. Vizitele au fost structurate de linii directe care ofereau profesioniștilor care realizau vizitele la domiciliu materiale didactice și subiecte de discuție pe diferite domenii. Din 2006 până în 2009, proiectul Pro Kind a inclus 755 de mame aflate la prima sarcină, între a 12-a și a 28-a săptămână de sarcină, cu factori de risc economic (de exemplu, șomaj, supra-încărcare cu datorii >5.000 €) și cel puțin un factor de risc social (de exemplu, izolarea socială, faptul de a fi minoră) din statele federale vestice și estice ale Germaniei. Cele 94 de femei din grupul de intervenție au primit vizite regulate la domiciliu în timpul sarcinii până la cea de-a doua aniversare a copilului, variind ca frecvență între vizitele săptămânale și lunare la domiciliu. Rata de abandon a studiului a crescut constant până la 50% la 24 de luni postpartum (346 din 755 de familii au rămas în studiu). O vârstă mai tânără, un venit mai mic, plasamentul la un asistent maternal cu experiență la momentul inițial au fost factori predictivi semnificativi pentru abandonarea programului înainte de vârsta de 24 luni postpartum (Foulon, et.al., 2015). A treia



parte a cercetării este analiza cost-beneficiu, care vizează evaluarea eficienței economice a programului (Sandner, 2013). Evaluările mediului familial și ale competențelor materne s-au bazat pe auto-raportări în cadrul unor interviuri regulate. Dezvoltarea copilului a fost evaluată prin teste standardizate, iar un studiu de follow-up se derula în momentul publicării rezultatelor, la vârsta școlii primare a copilului. Efectele intervenției au fost detectate în domeniile suportului social, stresului postnatal, auto-eficacității parentale, cunoștințelor privind creșterea copilului și sentimentele de atașament matern. Efecte datorate intervenției nu au fost evidențiate pentru satisfacția în cuplu, numărul ulterior de copii sau performanța educațională. În domeniul dezvoltării copilului, numai copiii mamelor cu risc ridicat au prezentat o dezvoltare intelectuală superioară, în comparație cu omologii lor din grupul de control. Nu s-au constatat efecte asupra dezvoltării limbajului și a dezvoltării socio-emoționale a copilului (Sierau et.al., 2016; Jungman, et.al. 2015).

O limitare a ambelor programe de intervenție (CAPDEP și Pro Kind) a fost că, deși echipa care derula vizitele la domiciliu primise instrucțiuni specifice pentru implementarea intervenției, o analiză calitativă a notelor de caz ale vizitelor la domiciliu în CAPDEP a adus dovezi minimale ale temei majore a simptomelor depresive, care au constituit prioritate în program (Saias, et.al., 2012). Același lucru este valabil și pentru analizele cantitative ale timpului petrecut în domeniul sănătății materne în timpul sarcinii și al rolului parental, inclusiv centrarea specială a curriculum-ului pe dezvoltarea copilului în primul an de viață în programul Pro Kind. Fidelitatea implementării în ambele programe pare să fi ocupat locul al doilea în raport cu problemele mai presante din jurul sprijinirii mamelor pentru rezolvarea problemelor sociale, financiare sau practice. Vizitele la domiciliu au fost structurate prin linii directe care ofereau profesioniștilor care efectuau vizitele materiale didactice și subiecte de discutat în diferite domenii, acoperind în principal următoarele secțiuni: sănătatea copilului și siguranța, dezvoltarea copilului, relația părinte-copil, sănătatea familiei și dezvoltarea.

Tabel 1. Conținutul Programelor de Intervenție Timpurie (Jungman et.al. 2017)

Sănătatea și securitatea copilului	Dezvoltarea copilului
Sănătate și stare de bine prenatală	Dezvoltare parentală
Pregătirea pentru travaliu și naștere	Dezvoltare fizică/ motorie
Vaccinări	Dezvoltare cognitivă
Alăptat și nutriție	Dezvoltarea limbajului
Activitate fizică	Dezvoltare socio-emoțională
Îngrijire de bază: somn, îmbăiere, îmbrăcare a copilului	Reglare emoțională/ temperament
Auz/ vedere	Dezvoltarea creierului
Monitorizarea creșterii	Preachiziții pentru scris/citit
Recunoașterea semnelor de boală	Joc
Promovarea vizitelor de verificare a calității îngrijirii	



Igiena dentală Monitorizarea semnelor de maltratare a copilului Rănirea copilului, ingerare de substanțe/ otrăvire Revizuirea securității domiciliului	
Relația părinte – copil	Dezvoltarea și sănătatea familiei
Recunoașterea semnelor atașamentului Lectura semnalelor copilului Așteptări (realiste/ nerealiste) ale părinților față de copil Promovarea interacțiunilor pozitive părinte-copil	Stres și sănătate mentală a îngrijitorilor Îngrijirea sănătății fizice a îngrijitorului după naștere Violență domestică și familială Abuz de substanțe a îngrijitorului Suport social Conexiunea cu resursele comunitare Dezvoltarea părintelui de-a lungul cursului vieții

ZEPPELIN 0-3 cu Programul Părinții ca Profesori (PAT), implementat în Elveția, s-a bazat pe modelul bioecologic al dezvoltării umane, teoria auto-eficacității și conceptul de sensibilitate și responsivitate parentală. Ideea programului de intervenție a fost utilizarea infrastructurii de servicii comunitare pentru a ajunge la familiile cu risc ridicat. În plus, accentul a fost pus pe rețeaua de intervenție timpurie și profesioniști în educație (medicală, psihologică). Studiul longitudinal ZEPPELIN 0-3 aplică o adaptare germană a programului de vizite la domiciliu "PAT – Părinții ca profesori" (PAT) și are ca scop recunoașterea interdisciplinară timpurie a copilului cu risc pentru întârzieri de dezvoltare din motive psihosociale și consolidarea sprijinului parental timpuriu. Cercetarea este fundamentată teoretic într-un cadru bazat pe modelul Proces – Persoană – Context - Timp (Process-Person-Context-Time, PPCT) (Bronfenbrenner, 2006). Astfel, caracteristicile parentale, ale copilului, interacționale și contextuale (de exemplu, calitatea procesului, rețeaua de resurse) reprezintă nucleul conceptului. Un educator parental instruit (de exemplu, în cea mai mare parte o asistentă medicală pediatrică, instruită profesional și cu experiență vastă în consilierea părinților) vizitează familiile în mod regulat la domiciliile lor la fiecare două sau trei săptămâni. În plus, ZEPPELIN 0-3 oferă întâlniri lunare de grup. Populația țintă a ZEPPELIN 0-3 are un statut socio-economic scăzut.

Famiiliile de migranți au fost, de asemenea, abordate explicit și incluse dacă îndeplineau criteriile privind factorii de risc, de exemplu, sprijinul social limitat, stres financiar, șomajul sau dificultățile familiale. 248 de familii au fost recrutate și împărțite prin randomizare în două grupuri egale, de intervenție sau control. Dintre aceștia, 38 de participanți au renunțat până la a patra etapă de evaluare (vârsta copilului de 3 ani) din cauza mutării domiciliului, a lipsei de timp, a bolii sau a motivelor neraportate. Cu o rată de abandon mai mică de 5% pe an, ZEPPELIN 0-3 are mai mult



succes în menținerea participanților decât studiile cu care a fost comparabil, efectuate în SUA sau în Germania (Neuhauser, 2014).

Eficacitatea intervenției timpurii este evaluată riguros într-un design experimental longitudinal. Cadrul și datele obținute permit o analiză amplă a proceselor proximale și a efectelor acestora pe termen mediu și lung, inclusiv analize cost-beneficiu. Domeniile primare ale rezultatelor sunt cognitiv, limbaj și dezvoltare socială a copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 3 ani, precum și calitatea îngrijirii parentale. În plus, s-a luat în considerare influența altor factori ai programului (cum ar fi intensitatea), factorilor familiali și contextuali (cum ar fi rețeaua socială și utilizarea tratamentelor alternative) asupra efectelor. Colectarea datelor a început cu evaluarea inițială când copiii aveau între 3 și 4 luni și a continuat la 12, 24 și 36 luni (Lanfranchi & Neuhauser, 2013). Analizele preliminare au evidențiat cel mai mare impact asupra evaluărilor dezvoltării copilului. Au fost înregistrate efecte semnificative mici până la moderate asupra limbajului, nivelului cognitiv și comportamentului copilului. Cu toate acestea, progresele la nivelul limbajului și cognitiv au scăzut spre sfârșitul programului. În schimb, diferențele la nivel de comportament au crescut spre sfârșitul programului. La 36 de luni, copiii din grupul țintă au prezentat un comportament mai puțin problematic și scoruri mai mari în controlul intenționat. În cele din urmă, PAT a influențat pozitiv interacțiunea părinte-copil.

Programul de Îngrijire Intensivă pentru Familiile Vulnerabile pentru Prevenirea Instituționalizării (The Intensive Care Program for Vulnerable Families to Prevent Institutionalization, P.I.P.P.I.) este un program implementat în Italia, care abordează parentingul pozitiv și dezvoltarea holistică a copilului prin propunerea de noi modalități de a răspunde la problemele legate de parenting deficitar și neglijarea copilului (Lacharité, 2010). În conformitate cu bioecologia dezvoltării umane (Bronfenbrenner, 2005), aceasta își propune să răspundă nevoilor copiilor printr-o acțiune colectivă. Acțiunea colectivă de a răspunde la neglijarea copiilor cuprinde (1) intervenția de îngrijire la domiciliu, (2) grupurile de părinți, (3) ajutoarele familiale și (4) cooperarea dintre școli, familii și servicii sociale. În primul rând, în timpul vizitelor la domiciliu practicienii petrec un minim de patru ore aproximativ de două ori pe săptămână, în scopul de a aborda problemele lor și de a încerca să modifice comportamentul lor. În al doilea rând, părinții sunt implicați în activități de grup săptămânal sau bi-săptămânal pentru a-și îmbunătăți practica reflexivă și pentru a încuraja interacțiunea dintre părinți. În al treilea rând, fiecărei familii i se asigură un suport din partea unei familii voluntare sau un ajutor familial, al cărui scop este de a oferi sprijin în aspecte concrete ale vieții de zi cu zi, și de a întări scopurile identificate prin strategii de planificare a îngrijirii. În al patrulea rând, instituția de învățământ a copilului (creșă, grădiniță sau școală primară) este invitată să fie membru cu drepturi depline al echipei multidisciplinare. Profesorii și alți profesioniști implicați identifică acțiuni (atât individualizate, cât și la nivel de clasă), care vor promova un mediu școlar pozitiv, în care copiii pot învăța competențe sociale și emoționale. În total, au fost incluși 320 de copii din 233 de familii cu vârste cuprinse între 0 și 14 ani. Copiii au fost eligibili dacă "echipa din jurul copilului" a identificat prezența problemelor de neglijare a copilului care ar putea duce în viitor la plasament în afara familiei. Studiul a utilizat un design pre-post-test cvasi-experimental, care include atât evaluări cantitative, cât și calitative



(chestionare și analize ale documentației) pentru a compara situația familiilor înainte de intervenție și după intervenție (Serbati, 2013). Adaptarea italiană a avut ca rezultat un nou instrument, Chestionarul lumii copilului (The Child's World Questionnaire, CWQ). Acesta este utilizat pentru a efectua o evaluare cuprinzătoare a condițiilor copilului, a nevoilor, pentru a planifica activități suplimentare și pentru a documenta modificările în timp. De obicei, este descris ca un triunghi cu cele trei laturi reprezentând nevoile de dezvoltare ale copilului, capacitatea de parenting și până la 17 factori de familie și de mediu (Milani, et. al., 2011). Rezultatele finale monitorizează eficiența programului și evidențiază orice schimbări în funcționarea copilului și în lumea sa, cum ar fi practicile de parenting. În toate cele trei dimensiuni au apărut schimbări pozitive între pretest și posttest, obținute cu CWQ. În dimensiunea Competențele familiei, schimbări importante sunt observabile în auto-realizarea părinților și în ghidarea și în limite. Pentru dimensiunea Nevoile Copilului, cele mai importante schimbări implică abilitățile sociale, identitatea, stima de sine și prezentarea socială, precum și relațiile de familie și cu grupul de vârstă. Factorii de mediu care s-au îmbunătățit sunt suportul din partea familiilor, prietenilor și altor persoane, apartenența și participarea în comunitate, precum și angajarea în muncă și venituri. O limită a studiului este eșantionarea atipică a copiilor și a familiilor, deoarece a fost legată de recrutarea practicienilor. Prin urmare, este imposibil să se generalizeze rezultatele la populația care de regulă este raportată la Sistemul de protecție a copilului. A doua limită este designul cvasi-experimental. În prima implementare, a fost utilizat un grup de control care a urmat activitățile obișnuite oferite de Protecția Copilului. Rezultatele au demonstrat o îmbunătățire semnificativă numai pentru grupul P.I.P.P.I. (Serbati, et. al., 2016). În cadrul implementărilor ulterioare, a fost imposibil să se aplice un RCT din cauza necesității de a implica practicieni în activitățile de cercetare.

Programul CARE (Browne et. al., 2006) este un program universal de vizite la domiciliu implementat în Anglia și conceput pentru a preveni abuzul și neglijarea copiilor. Acesta a fost dezvoltat ca răspuns la o nevoie a profesioniștilor în domeniul sănătății comunitare (inclusiv vizitatori în domeniul sănătății, moașe și medici comunitari) de a conștientiza și a evalua mai acurat nevoile emoționale ale tuturor familiilor cu bebeluși. Acesta este centrat pe evaluarea nevoilor și dezvoltării copilului, care este realizată în parteneriat cu părintele.

CARE încorporează raportul părinților și observarea directă a părinților și copilului. Vizitele la domiciliu au loc într-un anumit interval de timp și sunt destul de structurate. Curriculum-ul include evaluarea riscului familial de abuz și maltratare a copilului, folosind Indexul de nevoie (Index of Need), evaluarea și discutarea sănătății mintale materne folosind Scala de Depresie Postnatală Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale), observarea și discutarea comportamentelor de atașament ale copilului și comportamente parentale, identificarea serviciilor suplimentare necesare, precum și un test de dezvoltare a copilului și a auzului. În total, se efectuează cinci vizite la domiciliu. Acestea sunt: a. evaluarea nou-născutului/vizita la domiciliu (10-15 zile după naștere) 2) vizita la domiciliu (4-6 săptămâni); b. vizita la domiciliu (3-5 luni), c. evaluare la clinică/vizita la domiciliu (7-9 luni), d. vizita la domiciliu (12 luni). Nu există studii de cercetare publicate, cu peer-review, pentru programul CARE, deși manualul CARE Programme Book include detalii privind evaluarea acestuia.



Programul Copil Sănătos (The Healthy Child Programme, Department of Health, Anglia, 2009) este un proiect și curriculum de e-learning care își propune să îmbunătățească sănătatea și starea de bine a copiilor, ca parte a unei abordări integrate pentru sprijinirea copiilor și familiilor, integrarea dezvoltării copilului și preocupărilor legate de sănătatea copilului. Proiectul de e-learning sprijină punerea în aplicare a Programului "Sănătatea copilului– Sarcina și primii cinci ani de viață (The Health Child Programme–Pregnancy and the First Five years of Life, HCP) și descrie un standard pentru prestarea serviciilor. Modelul HCP se bazează pe universalismul progresiv și urmărește să ofere servicii pentru toți copiii, cu servicii suplimentare pentru copii și familii cu nevoi și riscuri speciale. Programul se axează pe prioritățile de sănătate publică, ar fi obezitatea, alăptarea și dezvoltarea socială și emoțională.

Programul HCP include direcții universale (pentru toate familiile) și suplimentare pentru femei și copii cu factori de risc. Componentele de bază ale curriculum-ului HCP sunt: identificarea timpurie a nevoii și riscului, controlul sănătății și dezvoltării, screening, promovarea schimbării în domeniul sănătății și comportamental, prevenirea obezității, promovarea alăptării, precum și orice alte programe adecvate de prevenție pentru familii. Curriculum-ul de e-learning include diferite module și subiecte, precum: elementele de bază ale programului, comunicarea și păstrarea evidențelor, sănătatea familiei, protejarea, parenting pozitiv și teme referitoare la parenting, dezvoltarea și comportamentul, vorbirea, nevoile referitoare la limbaj și comunicare, creșterea și nutriția, imunizarea, promovarea sănătății, screening-ul și modelul practic de vizitare pentru verificarea sănătății. Acesta utilizează Istoricul Personal al Sănătății Copilului (Personal child health record, PCHR), pentru a ajuta părinții și profesioniștii care efectuează vizitele de verificare a sănătății să urmărească conținutul vizitelor la domiciliu.

În ceea ce privește eficacitatea sa, din descrierea oferită în manualul HCP reiese faptul că este bazat pe rezultate (cu condiția unui set clar de scopuri pentru copii, care pot fi măsurate) și bazat pe dovezi (pe baza unor analize de la meta-nivel a dovezilor, inclusiv publicația Sănătate pentru toți copiii – Health for All Children). Programul este revizuit și actualizat de un Comitet Consultativ. Manualul constată, de asemenea, că rezultatele sunt și ar trebui să fie colectate de furnizorii locali, însă cu toate acestea, rapoartele de rezultatele nu au fost publicate și nu sunt disponibile online.

SafeCare Program (SafeCare, Lutzker & Bigelow, 2002) este un model de vizitare la domiciliu care a fost dezvoltat pentru a preveni abuzul și neglijarea copiilor. Acesta este conceput pentru familiile cu antecedente de maltratare a copiilor sau cele cu factori de risc pentru maltratare, inclusiv părinții tineri; părinții cu mai mulți copii; părinții cu antecedente de depresie sau alte probleme de sănătate mintală, abuz de substanțe sau dizabilități intelectuale; părinții adoptivi; părinții care se reunesc cu copiii lor; părinții eliberați recent din închisoare; părinții cu antecedente de violență domestică sau violență intimă a partenerilor; și părinții copiilor cu dizabilități de dezvoltare sau fizice.

SafeCare implică 1-2 ore de vizite la domiciliu în fiecare săptămână, pe o perioadă de 18-20 săptămâni. Profesioniștii care efectuează vizitele la domiciliu urmează protocoale structurate și



oferă instruire a părinților în trei module: 1) îngrijirea sănătății sugariilor și a copiilor, 2) siguranța la domiciliu și 3) interacțiunile părinte-copil/părinte-copil. Fiecare modul este conceput pentru a fi implementat în 5-7 sesiuni. Evaluările utilizate includ Inventarul de prevenire a accidentelor la domiciliu revizuit (Home Accident Prevention Inventory-Revised, HAPI-R) și Grila activităților de training planificate (Planned Activities Training (PAT) Checklist). Toate modulele implică evaluarea inițială, intervenția (formarea) și evaluările follow-up pentru a monitoriza schimbările. Profesioniștii care realizează vizitele la domiciliu ghidează familiile de-a lungul a șapte pași pentru a aborda comportamentele țintă din fiecare modul. Acești pași sunt: 1) descrierea comportamentelor țintă dorite, 2) explicarea raționamentului sau motivului pentru fiecare comportament, 3) modelarea fiecărui comportament, 4) solicitarea părinților să practice comportamentul, 5) furnizarea de feedback pozitiv, 6) oferirea de feedback constructiv, și 7) revizuirea performanței părinților. O versiune internațională a SafeCare este în curs de pilotare în Belarus în cadrul Child Fund International. Modelul internațional este o versiune simplificată a curriculum-ului, la care se adaugă apoi componente relevante din punct de vedere cultural. În cadrul unor studii randomizate și a unor design-uri cvasi-experimentale, programe utilizând SafeCare s-au dovedit a reduce recidiva în cazul părintelui abuziv curent, dar rezultatele cu privire la dezvoltarea copiilor nu sunt prezentate.

II. Eficacitatea programelor de intervenție timpurie asupra dezvoltării copilului – sinteză teoretică

Există mai multe modalități prin care intervenția timpurie poate fi definită, printre cele mai cuprinzătoare definiții este cea oferită de Rutter, Shonkoff & Meisels (2000) în „*Manualul de intervenție timpurie*” ca fiind „un set de servicii terapeutice multidisciplinare adresate copiilor cu vârste între 0 și 5 ani cu scopul de a promova sănătatea și bunăstarea copilului, de a dezvolta competențele emergente, de a reduce la minimum întârzierile în dezvoltare, de a remedia deficiențele existente sau emergente, de a preveni deteriorarea abilităților și de a promova strategii de parenting adaptative și funcționarea optimă a întregii familii”. Pornind de la definiția de mai sus, numeroase programe de intervenție au fost implementate pentru a dezvolta abilitățile copiilor și pentru a promova funcționarea optimă a familiei.

Mai multe sinteze teoretice din domeniu (Kohli-Lynch, Tann & Ellis, 2019, Peacock, Konrad, Watson, Nickel și Muhajarine, 2013, Jungmann și colab., 2017, Hanson și Lynch, 1995; McCollum și Maude, 1993) au investigat eficacitatea diferitelor programe de intervenție timpurie (PIT) și toate acestea au evidențiat beneficii majore ale intervenției timpurii pentru copiii cu dizabilități și pentru copiii cu risc de a dezvolta diferite tulburări. Cu toate acestea, doar unele dintre programele investigate au relevat rezultate semnificative statistic în ceea ce privește eficacitatea intervențiilor. Printre cele mai frecvente argumente care susțin eficacitatea programelor de intervenție timpurie se află ideea conform căreia stimularea adecvată a copilului



mic (un mediu stimulant) poate facilita dezvoltarea ulterioară a preșcolarului și pregătirea acestuia pentru învățare (Gargiulo și Kilgo, 2004). Mai mult, ideea dezvoltării într-un mediu stimulant este susținută și de faptul că există unele perioade critice în copilăria timpurie, când intervenția este de o importanță vitală pentru ca copilul să dobândească ulterior abilități mai complexe (Walker și colab., 2011). O altă asumție care stă la baza dezvoltării acestui tip de programe este aceea conform căreia intervenția timpurie poate reduce la minimum impactul unei anumite afecțiuni, cum ar fi de exemplu efectul unei pierderi auditive severe asupra dezvoltării vorbirii și a limbajului și de asemenea reducerea impactului asupra posibilelor comorbidități. Aproape fiecare PIT se adresează atât copilului cu dizabilități sau cu risc de a dezvolta o tulburare cât și familiei din care face parte, deoarece creșterea acestor copii poate aduce responsabilități și provocări noi pentru părinți sau îngrijitori; responsabilități care au impact asupra întregii structuri a familiei. Adresarea dificultăților părinților reprezintă un alt scop al PIT, astfel specialiștii vor dezvolta parteneriate cu părinții și îi vor ajuta cu informații relevante, support social și emoțional și training individualizat dacă este cazul. Din punct de vedere al costurilor și al beneficiilor PIT s-au dovedit a fi utile și rentabile pentru comunitate și societate, datorită faptului că intervenind la o vârstă timpurie scade nevoia de a oferi servicii de educație specială și alte tipuri de intervenții la o vârstă mai înaintată.

În general, intervenția timpurie pentru copiii cu dizabilități prezintă avantaje clare în primul rând pentru copil și apoi pentru familie și societate. PIT poate face o diferență semnificativă în calitatea vieții pentru copiii mici cu nevoi speciale. De fapt, intervenția timpurie ca strategie de prevenire a problemelor ulterioare s-a dovedit a fi o practică convențională (Kamerman, 2000). Gomby (2005) a analizat douăsprezece metaanalize cu privire la eficacitatea vizitelor la domiciliu, ca partea a programele de intervenție timpurie într-o sinteză teoretică foarte cuprinzătoare. Studiile care au investigat eficiența vizitelor la domiciliu au evaluat dezvoltarea copiilor folosind teste standardizate și, prin urmare, rezultatele lor pot fi comparate folosind o abordare statistică. Rezultatele sintezei s-au dovedit a fi mixte, iar concluzia majoră a fost că serviciile de educație timpurie livrate în centre specializate, combinate cu vizitele la domiciliu, oferă beneficii mai mari și mai durabile în dezvoltarea cognitivă decât serviciile bazate doar pe vizitele la domiciliu. În ceea ce privește impactul acestor programe asupra variabilelor ce vizează părinții copiilor, doar trei din cele douăsprezece meta-analize analizate (Geeraert, Van den Noortgate, Grietens și Onghena, 2004; Layzer, Goodson, Bernstein și Price, 2001; Sweet și Appelbaum, 2004) au evidențiat efecte pozitive semnificative cel puțin într-un domeniu al vieții materne.

În sinteza teoretică realizată de Peacock et. al. (2013) care cuprinde 21 de studii a fost analizată eficacitatea programelor de intervenție care se implementează la domiciliu de către paraprofioniști. Rezultatele lor au arătat că programele de intervenție timpurie la domiciliu care sunt realizate de paraprofioniști nu au de multe ori efecte semnificative asupra familiilor defavorizate din punct de vedere socio-economic atunci când vine vorba de schimbările în ceea ce privește calitatea vieții sau starea emoțională a părinților copiilor, însă au existat unele îmbunătățiri în scăderea practicilor parentale autoritare. În ceea ce privește rezultatele copiilor s-au putut observa îmbunătățiri modeste în limbaj, în domeniile cognitiv și motor. Cu toate acestea, au existat



mai multe paliere de dezvoltare unde nu au existat diferențe semnificative statistice în urma programelor de intervenție comparativ cu cele în care au existat astfel de diferențe.

Sweet și Appelbaum (2004) includ în metaanaliza lor 60 de programe de intervenție timpurie care realizează exclusiv vizite la domiciliu efectuate în Statele Unite începând cu anul 1965. Toate studiile incluse sunt experimente sau cvasi-experimente. Concluzia lor a fost că eficacitatea programelor de vizitare la domiciliu, nu poate fi clar dovedită; în principal din cauza dificultăților în realizarea măsurătorilor din faza de evaluare. Studiile incluse în meta-analiză au arătat un impact semnificativ asupra educației materne, cu cel mai mare efect asupra mamelor adolescente. 5 din cele 60 de studii incluse în meta-analiză prezintă rezultate privind educația maternă, 7 privind găsirea unui loc de muncă și 3 privind asistența publică. 41 de studii investighează dezvoltarea cognitivă a copilului și 37 de studii investighează efectele programelor de intervenție timpurie asupra creșterii copilului.

Cercetătorii au reușit să demonstreze în studii repetate că un PIT bine conceput și structurat poate produce rezultate pozitive în conformitate cu scopul propus (Yousafzai, Lynch și Gladstone, 2014; Zigler, 2000). Sinteze teoretice recente (Jungmann și colab., 2017; Kohli-Lynch, Tann și Ellis, 2019, Peacock și colab., 2013) arată efecte pozitive semnificative, dar mici, ale programelor de intervenție timpurie pentru dezvoltarea copiilor pe diverse paliere. Cele mai investigate programe sunt cele care cuprind vizite la domiciliu și care încearcă să răspundă nevoilor familiilor aflate în situații de risc și care nu au posibilitatea să acceseze astfel de servicii. De cele mai multe ori rezultatele studiilor care măsoară eficacitatea PIT sunt împărțite în două categorii diferite: cele ale căror rezultate vizează schimbările apărute în comportamentul matern și cele care vizează schimbările apărute în comportamentul copiilor. În sinteza noastră teoretică, ne vom concentra în principal pe studii mai recente care arată eficacitatea PIT asupra dezvoltării copiilor, cum ar fi: dezvoltarea limbajului, nivelului cognitiv, comportamental și motor. Familiile defavorizate sunt considerate familii cu risc social ridicat, care trăiesc în condiții economice defavorabile, primesc asistență socială sau au venituri insuficiente pentru a satisface nevoile familiei. Copiii cu dizabilități conform IDEA (1997) includ următoarele categorii de copii: copii cu tulburări de spectru autist, dizabilități intelectuale, deficiențe de auz (inclusiv surditate), deficiențe de vedere (inclusiv pierderea totală a vederii), deficiențe motorii, dizabilități multiple, tulburări emoționale, tulburări de învățare, vorbire sau tulburări de limbaj, leziuni traumatice ale creierului și întâzieri în dezvoltare.

Baze de date precum PubMed, Ebsco, ProQuest și Google Scholar au fost selectate pentru a căuta studii relevante privind intervenția timpurie pentru copiii aflați în situații de risc sau cu dizabilități. De asemenea articolele identificate din bazele de date au fost folosite (prin analiza referințelor) pentru a include și alte studii relevante pentru tematica sintezei teoretice. Articolele incluse descriu studii clinice randomizate controlate sau studii cvasi-experimentale, inclusiv cele în care nu există grupuri de control. Termenii utilizați pentru căutarea articolelor au fost: *intervenție timpurie ȘI copii cu dizabilități, intervenție timpurie ȘI copii aflați în situații de risc, vizite la domiciliu ȘI copii cu dizabilități, vizite la domiciliu ȘI copii aflați în situații de risc*. Am



căutat studiile clinice care au testat eficacitatea intervenției timpurii pentru copiii aflați în situații de risc sau cu dizabilități în care au fost prezentate rezultate cu privire la ariile de dezvoltare ale copiilor. Am utilizat următoarele criterii de includere: studiile trebuie să analizeze eficacitatea unui PIT care a durat cel puțin 1 an, a fost un program național și a fost implementat în SUA sau în țările europene. Au fost luate în considerare următoarele aspecte din cadrul studiilor a. designul studiului b. scopul studiului c. detalii legate de eșantion d. tipul de intervenție e. tipul de măsurători f. rezultatele studiului. De asemenea au fost extrase date și cu privire la caracteristicile participanților, intervenție (modelul teoretic, durata și structura), măsurători (legate de limbaj, nivelul cognitiv, nivelul psiho-motor și nivelul comportamental) și calitatea studiilor.

Statele Unite ale Americii							
Autori	Număr participanți	Populația	Programul de intervenție	de	Măsurători	Durata	Rezultate
Caldera et al. (2007)	325	Familii aflate în situații de risc	Healthy Families Alaska		Limбай Psihomotricitate Comportamentul copilului	2 ani	Rezultate pozitive pe scalele de internalizare și externalizare
Kartin (2002)	78	Mame care consumă excesiv substanțe	Seattle Birth to 3		Cognitiv Psihomotricitate Comportamentul copilului	3 ani	Diferențe nesemnificative
Nair et al. (2003)	161	Mame care consumă excesiv substanțe	Based on Health Development	Infant and	Limбай Cognitiv Psihomotricitate	2 ani	Rezultate pozitive pe dezvoltarea psihomotorie
Love et.al. (2005)	3001	Familii dezavantajate socio-economic	Early Head Start		Limбай Cognitiv Psihomotricitate Comportamentul copilului	3 ani	Rezultate semnificative
Drotar et al. (2014)	464	Familii dezavantajate socio-economic	BTL (Born to Learn)		Limбай Cognitiv Psihomotricitate Comportamentul copilului	3 ani	Diferențe nesemnificative



Europe								
Autori	Num ăr de parti cipa nți	Populația	Programul intervenție	de	Tipul măsurători	de	Durata	Rezultate
Cupples et. al. (2011)	343	Familii dezavantajate socio- economic	Fără nume		Cognitiv Psihomotricitate		1 an	Diferențe neseemnificative
ivier et. al.)	440	Femei cu factori de risc multipli	CAPEDP		Comportamentul copilului		2 ani	Diferențe neseemnificative
Jungman et.al. (2015)	755	Familii dezavantajate socio- economic	Pro Kind		Limбай Cognitiv Psihomotricitate		2 ani	Rezultate semnificative pe dezvoltarea cognitivă
Lanfranchi & Neuhauser (2012)	248	Familii dezavantajate socio- economic	ZEPPELIN (Zurich Prevention with Participation)	0-3 Equity Project Parents	Limбай Cognitiv Psihomotricitate Comportamentul copilului		2 ani	Rezultate semnificative în dezvoltarea cognitive, pe aria limbajului și a comportamentelor adaptative
Serbati et.al. (2016)	322	Familii dezavantajate socio- economic	P.I.P.P. (Program of Intervention for Prevention of Institutionalization)		Comportamentul copilului		1an	Rezultate semnificative pozitive
Cote et.al. (2019)	233	Familii dezavantajate socio- economic	PFL (Preparing for Life)		Limбай Cognitiv Comportamentul copilului		4 ani	Rezultate semnificative pozitive în aria limbajuli și a dezvoltării cognitive
Schaub et.al., (2019)	73	Familii aflate în situații de risc ridicat	PAT (Parents as Teachers)		Limбай Cognitiv Psihomotricitate Comportamentul copilului		3 ani	Rezultate semnificative pozitive



Când am analizat datele din cele 12 studii selectate, am descoperit că rezultatele au fost mixte atât în programele implementate în SUA, cât și în programele europene. Toate studiile selectate sunt studii clinice mari în care a fost investigată eficacitatea intervenției timpurii. Programele au fost implementate timp de cel puțin un an până la maximum 3 ani, cu toate acestea, nu am putut identifica o legătură între rezultatele pozitive ale programelor și durata acestora. Așadar, în urma analizelor realizate am identificat rezultate mixte și contradictorii. Având în vedere munca noastră și celelalte recenzii publicate (Gombi, 2005; Hanson și Lynch, 1995; Jungmann și colab., 2017; Kohli-Lynch, Tann și Ellis, 2019; McCollum și Maude, 1993; Peacock și colab., 2013) concluziile ar fi că există rezultate pozitive în ceea ce privește eficacitatea intervențiilor timpurii mai ales atunci când se face distincția între semnificația statistică și semnificația clinică. Însemnând că în aproape toate cazurile au existat unele îmbunătățiri ale abilităților copiilor, dar datorită eșantioanelor mici, măsurătorilor nestandardizate și ale unor rate ridicate de abandon din studii, acel efect nu a putut fi dovedit statistic.

Un alt aspect important care ar trebui luat în considerare atunci când se evaluează eficacitatea programelor de intervenție timpurie este faptul că există trei „niveluri” de sprijin pentru dezvoltarea copilului: a. programe universale, menite să fie utile întregii societăți și care se adresează tuturor copiilor de la 0 la 5 ani (de exemplu, prin politici publice); b. concepute pentru o anumită categorie de participanți, cum ar fi programele de intervenție pentru copiii care se află în situații de risc de a dezvolta o întârziere în dezvoltare sau cu dizabilități (de exemplu, vizitele la domiciliu adresate mamelor tinere) și c. intervenții specializate pentru copiii cu nevoi speciale (de exemplu, grupuri comunitare pentru îngrijitorii copiilor cu dizabilități). Majoritatea studiilor clinice vizează primul nivel, prin urmare este mai dificil să dovedim prin dovezi științifice eficacitatea tipului 2 și 3 de intervenție. Pe de o parte, există mai multe obstacole în calea efectuării riguroase a studiilor clinice randomizate; cum ar fi identificarea instrumentelor standardizate adecvate pentru măsurarea variabilele țintă, absența grupurilor de control; eșantioane mici; proceduri eronate de colectare a datelor; tehnici inadecvate de prelucrare a datelor; validitatea scăzută a instrumentelor de evaluare și variabilitatea în cadrul eșantionului de participanți. Pe de altă parte, există o problemă cu programele care vizează dezvoltarea timpurie a copilului, deoarece adaptarea contextuală a acestor programe este mai complexă decât pentru majoritatea programelor de sănătate mentală, deoarece există mulți factorii determinanți ai dezvoltării copilului (Cavalerra și colab., 2019). În consecință, resursele umane sunt considerate critice pentru proiectarea și implementarea cu succes a programelor, de asemenea normele de implementare și evaluarea efectelor sunt piloni importanți ai fiecărui PIT. Toate cele menționate mai sus influențează foarte mult calitatea serviciilor și rezultatele pe care acestea le au asupra copiilor și face dificilă adresarea tuturor întrebărilor de cercetare cuprinse în sinteza teoretică. Cu toate acestea, cercetarea în domeniul eficacității programelor de intervenție timpurie este un proces continuu; acest tip de studii și sinteze teoretice pot ghida specialiștii din educație și pe cei care



realizează politicile educaționale în încercarea lor de a dezvolta noi modele, programe și servicii de care să beneficieze sugarii, copiii mici și preșcolarii cu nevoi speciale cât și familiile lor.

În ciuda dificultăților majore în efectuarea studiilor care să dovedească eficacitatea programelor de intervenție timpurie, opinia noastră este că intervenția timpurie face o diferență în viața copiilor mici cu nevoi speciale. S-ar părea că domeniul educației speciale din prima copilărie a depășit problema globală a demonstrării eficacității acesteia (cercetătorii consideră că acestea funcționează) și se focusează mai mult pe a răspunde la întrebări precum: care este grupul țintă pentru care programele sunt cele mai benefice, în ce condiții și de către cine ar trebui livrate. Prin urmare, așa cum au afirmat și alți cercetătorii din domeniu considerăm că dezbateră nu se va contura în jurul întrebării dacă e eficientă intervenția timpurie „ci mai degrabă la ce fel de intervenție au acces copiii și familiile și care este durata acestora” (Bailey, 2000; p. 74). O sarcină majoră cu care se va confrunta acest domeniu va fi identificarea programelor de intervenție timpurie care funcționează cel mai bine și a elementelor care sunt clar esențiale pentru a obține un beneficiu maxim (Zigler, 2000).

III. Dezvoltarea în copilăria mică. Caracteristici, implicații ale dizabilităților vizuale și dizabilităților multiple asupra dezvoltării, evaluării și intervenției.

III. 1. Caracteristicile dezvoltării timpurii

La naștere, numărul de neuroni este aproximativ același cu numărul de neuroni pe care ființa umană îi va avea pe parcursul vieții sale. În primele luni de viață, numărul sinapselor crește dramatic în contextul unui mediu stimulant (Tavris și Wade, 1997), în prezența stimulării sociale și emoționale și în absența factorilor de stres. Primii doi ani de viață sunt esențiali în dezvoltarea copilului, deoarece sunt caracterizați printr-o receptivitate ridicată la un mediu stimulant și plasticitate neuronală ridicată.

Pe lângă dezvoltarea creierului, o dezvoltare fizică accelerată a tuturor structurilor corpului este caracteristică primilor ani. Fiecare copil are propriul ritm de dezvoltare, în funcție de particularitățile sale și de contextul în care apare dezvoltarea.

Dezvoltare perceptivă



La naștere, ochii, ca și creierul, sunt bine dezvoltati și cresc în mărime de doar 3 până la 4 ori, comparativ cu alte segmente care pot crește de până la 20 de ori dimensiunea lor de la naștere până la vârsta adultă (Slater, 2004). La naștere, retina periferică este bine dezvoltată, în timp ce partea centrală (regiunea maculară) este mai puțin dezvoltată și trece prin schimbări importante. Mai multe abilități vizuale sunt prezente la naștere: detectarea și discriminarea marginilor, discriminarea vizuală timpurie a mărimii și culorii, diferențele de contrast, nuanțe, modele complexe și percepția adâncimii (Tavris și Wade, 1997). Lumea nou-născutului este caracterizată de de multiple abilități de percepție cum ar fi: detectarea unui sunet și reacția de tresărire la sunet, întoarcerea spre sursă, diferențierea vocii umane de alți stimuli auditivi, discriminarea, olfactivă diferențierea gusturilor (sărat și dulce), preferința pentru anumite gusturi. Dezvoltarea acestor abilități are o valoare adaptativă pentru ființa umană în timpul vieții, astfel încât, în cazul deficiențelor de vedere și / sau de auz, dezvoltarea copilului poate fi grav afectată într-un mod negativ.

Tabelul 1. Repere în dezvoltarea abilităților de percepție a obiectelor (Kellman, 1996)

Abilități de percepție	Sursa informației	Age
<i>Detectarea conturului</i>	-lumină, discontinuități cromatice;	nou născut
	- dezvoltarea/suprimarea texturii;	12 luni
<i>Clasificarea conturului/setarea limitei</i>	-expansiune vizuală;	7 luni
	- dezvoltarea/suprimarea texturii; - mișcare relativă; - discontinuități de adâncime.	12 luni
	- luminozitate, discontinuitate cromatică;	16 luni
<i>Formarea unității</i>	- mișcare obișnuită;	16 luni
	- îmbinarea marginilor;	36 luni
<i>Percepția formei tridimensionale</i>	- determinarea structurii prin mișcare	16 luni
	- mișcarea biologică;	20 luni
	- perspective statice singulare sau multiple;	după 40 de luni



<i>Percepția mărimii</i>	- adâncime; - dimensiunea în funcție de distanță;	nou născut
<i>Percepția substanței</i>	- mișcări rigide și non-rigide;	12 luni
	- textura.	36 luni

Percepția auditivă se dezvoltă de la naștere atunci când sistemul auditiv uman este dezvoltat din punct de vedere anatomic și fiziologic, chiar înainte de naștere (Fernald, 2004). Expunerea intrauterină la vocea umană este benefică pentru dezvoltarea socială timpurie și dezvoltarea limbajului. Informațiile auditive sunt folosite pentru înțelegerea limbajului și experiențele timpurii cu limbajul contribuie la organizarea timpurie a informațiilor auditive, pregătind mintea copilului pentru o înțelegere ulterioară a limbajului.

Table 2. Dezvoltarea auzului și a limbajului

Auzul și comprehensiunea		Limbajul expresiv	
<i>Vârsta</i>	Caracteristici	<i>Vârsta</i>	Caracteristici
<i>0 – 3 luni</i>	Tresare la sunete puternice; Zâmbește când i se vorbește; Pare să recunoască vocea părintelui și ascultă atunci când i se vorbește; Crește sau descrește suptul degetului, ca răspuns la sunet.	<i>0 – 3 luni</i>	Emite sunete plăcute; Plânge în moduri diferite pentru a semnaliza diferite nevoi; Zâmbește când vede o persoană cunoscută;
<i>4 – 6 luni</i>	Mută privirea în direcția sunetelor; Răspunde la tonurile vocale modificate; Observă jucăriile care scot sunete; Este atent la muzică.	<i>4 – 6 luni</i>	Gângurește similar cu limba vorbită, incluzând multe sunete diferite: p, b m; Vocalizează bucuria și neplăcerea; Emite sunete când rămâne singur și când se joacă cu o persoană.
<i>7 luni – 1 an</i>	Îi plac jocurile de tipul cucu-bau; Se întoarce și privește în direcția sunetului;	<i>7 luni – 1 an</i>	Lalația include grupuri lungi și scurte de sunete: mama, babababa;



	<p>Ascultă când i se vorbește; Recunoaște cuvintele care denotă obiecte familiare: pantof, cană, suc; Începe să răspundă la cereri.</p>		<p>Folosește vorbirea și sunetele pentru a atrage atenția; Imită diferite sunete verbale; Pronunță unul sau două cuvinte: dada, mama, pa, deși uneori nu este clar.</p>
<i>1 – 2 ani</i>	<p>Indică imaginile dintr-o carte când sunt numite; Afișează părțile corpului la cerere; Urmează instrucțiuni simple și înțelege întrebări simple (Dă pupic, Unde este mama?) Ascultă povești simple, cântece și poezii.</p>	<i>1 – 2 ani</i>	<p>Numește mai multe cuvinte; Formulează una-două întrebări (Mama unde?); Alătură două cuvinte, în mod semnificativ: tati nu, Amy pa; Pronunță multe consoane, la începutul cuvântului;</p>
<i>2 – 3 ani</i>	<p>Înțelege noțiunile opuse (sus / jos, pornit / în, mic / mare); Urmează două instrucțiuni simultane (ia ceașcă, pune pe masă).</p>	<i>2 – 3 ani</i>	<p>Are un cuvânt pentru orice obiect sau acțiune; Formulează propuneri de 2-3 cuvinte pentru a vorbi despre și a cere lucruri; Vorbirea este inteligibilă pentru persoanele apropiate de cele mai multe ori; Adesea cere sau direcționează atenția asupra obiectelor, numindu-le.</p>

Dezvoltarea limbajului

Complexitatea limbajului uman este larg recunoscută și importanța contextului social-emoțional deține un rol semnificativ în achiziționarea limbajului.

Veneziano (2000) subliniază importanța contextului social și a interacțiunii dintre copil și persoanele semnificative din jurul său pentru dezvoltarea limbajului. Mai multe experiențe sunt importante în dobândirea limbajului:



1. Atenție împărtășită - concentrare comună asupra unui obiect, mama poate direcționa, prin privire și arătare, atenția copilului către un obiect în timp ce vorbește despre el, permițându-i copilului să extragă sensul cuvintelor;

2. Interacțiunea conversațională - tiparele de conversație contingente stabilite între mamă și copil contribuie la interacțiunile reciproce, la stabilirea unui dialog între mamă și copil, cu efecte importante asupra dezvoltării primelor elemente lexicale prin joc imitativ;

3. Limbaj direcționat către copii - mamele folosesc un limbaj articulat pentru a se adresa copiilor lor, cu o intonație exagerată și cu volum mai ridicat, vocabular simplu (utilizează mai puține pronume, folosesc enunțuri scurte) axat pe timpul prezent, conținând mai mult repetări, reformulari și extensii ale enunțurilor copilului. Mamele își adaptează limbajul la nivelul de înțelegere al copilului, anticipând competențele acestuia.

Interacțiunile sociale și conversaționale conțin diverse caracteristici care susțin copilul în dobândirea limbajului. Răspunsurile semantice contingente ale mamei la enunțurile verbale ale copilului sunt baza interacțiunii dintre cei doi, cu un rol important în dobândirea limbajului (Veneziano, 2000).

Abilitățile perceptive contribuie la dezvoltarea limbajului de la începutul vieții copilului, iar mecanismele de procesare perceptivă, dacă sunt funcționale de la naștere, sunt organizate într-un sistem modulat de proprietățile tipice prosodice și fonologice ale limbajului (Bertoncini, de Boysson-Bardies, 2000). Învățarea cuvintelor se bazează pe capacități de percepție înnăscute, care permit copilului să structureze semnalul acustic al cuvintelor, să grupezze aceste semnale în unități funcționale ale fiecărei limbi și să segmenteze cuvintele.

Producerea primelor sunete vocale începe în primele săptămâni după naștere, dar numai la vârsta de aproximativ 5 luni, copilul reușește să controleze fonația, în timp ce controlul articulator este dobândit în a doua jumătate a primului an de viață. Conform lui Bertoncini & de Boysson-Bardies (2000), etapele de producție verbală din primul an de viață sunt prezentate în tabelul 3, dar diferențele interindividuale marchează profund aceste etape.

Tabelul 3. Enunțuri verbale din primul an de viață (Bertoncini, de Boysson-Bardies, 2000, p. 116)

Luna	Caracteristici
1	Fonație neîntreruptă, plâns, sunete vegetative;
3	Murmur, râs;
4	Diverse jocuri vocale, producții velare;
5	Controlul fonatiei, productii vocale;
7	Lalația, forme canonice duplicate;



10	Diverse combinații de silabe;
11	Proto-cuvinte;
12	Primele cuvinte.

Lalația este legată de percepția sunetelor, deci nu apare la copiii surzi. Achiziționarea limbajului se bazează pe capacitățile cognitive, ca premise, este dependentă de limbă și contextul social-cultural, de rutinele sociale, de indicii afective din partea celorlalți. Contextele pragmatice dețin un rol important în achiziționarea primelor cuvinte (Bassano, 2000).

Dezvoltare cognitiva

Bebeluşii și copiii mici petrec mult timp explorând și învățând din mediul lor, un proces care are loc rapid pornind din viața intrauterină. Potrivit lui Piaget (1929, 1960, 1952, în Tavis & Wade, 1997), sugarii și copiii mici se află în stadiul dezvoltării intelectuale senzorio-motorii, caracterizat prin coordonarea informațiilor senzoriale cu mișcările corpului și învățarea prin acțiuni concrete: privirea, atingere, auzul, explorare cu gura, suptul și prehensiunea. În timp, mișcările devin direcționate către scop, pe măsură ce copilul explorează activ mediul și descoperă relațiile cauzale dintre anumite mișcări și rezultatele acestora.

Una dintre cele mai importante achiziții din această etapă este permanența obiectului, începând în jurul vârstei de 6 luni și stabilizându-se în jurul vârstei de 1 an. După dobândirea acestei abilități, copilul înțelege că un obiect sau o persoană continuă să existe, chiar dacă dispare din câmpul vizual sau din zona accesibilă.

În etapa preoperatorie (2 până la 7 ani), se dezvoltă tot mai mult utilizarea simbolurilor și a limbajului în cadrul jocului, prin imitarea comportamentului adultului; apare și gândirea magică și egocentrismul. Empatia și schimbarea perspectivei încep să apară la 3-4 ani.

Dezvoltarea socială și emoțională

În primii ani de viață, dezvoltarea copilului este rapidă, iar la sfârșitul primilor doi ani, el posedă un repertoriu bogat de expresii emoționale și sentimente. Emoțiile sunt adaptative,



organizează procesele intrapersonale și sociale, în timp ce relațiile afective dintre copil și adult, securitatea emoțională determină stabilirea unor relații sănătoase între copil și mediul său.

Emoțiile sunt relaționale și tranzacționale, provenind din relația dintre copil și mediu și comunicând mesaje prin care sunt reglate comportamentele. Diferențierea percepției și integrarea dețin un rol semnificativ în dezvoltarea emoțională. Între 4 și 6 săptămâni de viață, zâmbetul social este dobândit, ca reacție la stimularea auditivă, apoi stimularea vizuală (scanarea conturilor obiectelor, a fețelor umane). După această vârstă, copilul devine capabil să proceseze mai multe caracteristici faciale, să stabilească prototipuri ale expresiilor emoționale și să le distingă (Bargh & Chartrand, 1999).

Sensibilitatea la expresiile emoționale a celorlalți se manifestă încă din primele ore de viață când copilul poate imita expresiile faciale. Având în vedere rolul imitației în relația dintre copil și adult, Gopnik și Meltzoff (1997, în Witherington, Campos și Hertenstein, 2004) consideră imitația „întâlnirea minților”, bază pentru dezvoltarea empatiei, a moralității și a comportamentului prosocial.

Inițial, nou-născutul este capabil să manifeste o singură emoție, o stare difuză de excitație. În jur de 4 săptămâni, suferința se diferențiază de entuziasm, la 6 săptămâni bucuria se manifestă prin zâmbetul social îndreptat spre orice stimul similar cu fața umană, la 4 luni furia se diferențiază de suferință, la 6 luni dezechetul de furie și la 8 luni apare frica ca și emoție. Din starea inițială emoțională nedefinită a nou-născutului, printr-un proces de diferențiere treptată, se dobândește dezvoltarea emoțională (Witherington, Campos și Hertenstein, 2004).

Interacțiunea mamă-copil joacă un rol important în dezvoltarea emoțională prin oferirea protecției necesare. Principalele funcții ale interacțiunii mamă-copil sunt:

- Intersubiectivitate - înțelegerea relațiilor sociale, anticiparea și așteptările privind comportamentul altora în raport cu sine (Trevarthen, 1993);

- Dezvoltarea atașamentului - sentimentul de securitate, capacitatea mamei de a reacționa la semnalele emoționale ale copilului, de a satisface nevoile afective și fiziologice (Bowlby, 1969);

- Achiziționarea limbajului – împărtășirea expresiilor emoționale, experiențelor comune și atenție împărtășită (Butterworth, 2004);

- Dezvoltare emoțională - sprijinul mamei pentru expresiile emoționale ale copilului, prin expresii faciale, vocalizare, atingere, interacțiuni prin joc, reglare emoțională.

Contactul fizic este esențial pentru dezvoltarea socială și emoțională a copilului, precum și pentru dezvoltarea generală și chiar pentru procesul de reabilitare a copiilor cu dizabilități (Stack, 2004). De asemenea, contactul fizic este important în dezvoltarea unui atașament securizant între copil și îngrijitor. Sentimentul securității atașamentului reprezintă o bază pentru dezvoltarea cognitivă, precum și încrederea în sine și în ceilalți. Copiii nesiguri au reacții paradoxale: pot plânge pentru a fi ținuți în brațe, dar protestează atunci când nevoia lor este îndeplinită, pot deveni



agresivi cu îngrijitorii lor, pot opune rezistență atunci când adultul încearcă să îi aline (Tavris și Wade, 1997).

III.2. Implicații ale dezvoltării în deficiența de vedere, MDVI și deficiențele senzoriale multiple

Interacțiunile sociale și relațiile timpurii ale unui copil mic au o influență profundă asupra dezvoltării socio-emoționale timpurii, a dezvoltării comunicării / limbajului și a dezvoltării cognitive a acestuia. Cursul natural în ceea ce privește dezvoltarea și menținerea relațiilor sociale poate fi întrerupt atunci când un copil are deficiențe de vedere și / sau pierdere a auzului alături de alte dizabilități. În astfel de circumstanțe, trebuie să se acorde o atenție specială intervențiilor care promovează dezvoltarea social-emoțională și a comunicării.

Abilitățile vizuale joacă un rol critic în procesul de dezvoltare și învățare al fiecărui copil. O persoană a cărei abilități vizuale sunt afectate trebuie să se bazeze pe celelalte simțuri pentru a beneficia de utilizarea strategiilor și instrumentelor de acomodare. Mediul în care locuiește copilul cu deficiențe de vedere trebuie să ofere un acces optim la informații folosind alte simțuri cum ar fi auzul, atingerea și mișcarea. Copilului cu dizabilități multiple care are și deficiențe de vedere trebuie să i se ofere același oportunități de învățare ca și colegilor săi fără dizabilități prin metode precum Braille, descrierea auditivă, instrucțiuni de orientare și mobilitate și reprezentări tactile ale conceptelor de învățare (Durando, Chen și Petroff, 2017).

Deficiența de vedere afectează dezvoltarea socială și emoțională, dezvoltarea limbajului, dezvoltarea cognitivă și mobilitatea și orientarea. Prin urmare, un copil cu deficiențe de vedere este cel mai probabil expus la probleme de adaptare, învățare, precum și la dificultăți în interacțiunile cu mediul înconjurător. Sensibilitatea pentru nevoile copilului în ceea ce privește adaptarea la mediu, precum și interacțiunile cu colegii, adulții și împrejurimile, sunt cruciale pentru dezvoltarea optimă a copilului (Farrell, 2009).

O incapacitate sau o capacitate redusă de a auzi poate avea un impact semnificativ asupra dezvoltării și învățării unui copil. Dezvoltarea vorbirii și a limbajului depinde de informații auditive consistente, fiabile și exacte. Chiar și o pierdere unilaterală a auzului (numai la o ureche) poate afecta negativ dezvoltarea limbajului unui copil mic. Copiii cu surditate au nevoie de adaptări speciale pentru a-și dezvolta abilitățile de scris/citit și de multe ori au performanțe mai scăzute decât colegii lor în aceste domenii. Pierderea auzului afectează comunicarea, dobândirea abilităților de scris/citit și integrarea socială mai ales atunci când este asociat cu dizabilitatea intelectuală și /sau motorie (Durando, Chen și Petroff, 2017).

Un aspect esențial al dizabilităților multiple este modul în care dizabilitățile se combină și impactul acestora asupra dezvoltării copilului. Comunicarea este o provocare majoră pentru copiii



cu nevoi speciale complexe dacă asociată și o deficiență severă a vederii. Dizabilitatea auditivă, dizabilitatea vizuală, dizabilitatea fizică și dificultățile motorii pot fi identificate devreme de către personalul din maternitate, părinți sau cei care realizează vizitele la domiciliu. Alte dizabilități/tulburări, cum ar fi dizabilitățile intelectuale sau tulburările de comunicare, pot fi observate numai mai târziu.

Curriculumul pentru copiii cu dizabilități multiple, printre care și dizabilitatea vizuală, este în general un curriculum de dezvoltare (care se referă la domeniile dezvoltării timpurii care pot include dezvoltarea motorie, comunicarea, cunoașterea și dezvoltarea personală / socială). De asemenea adițional ei pot beneficia de servicii de intervenție precum: fizioterapia și programe de dezvoltare motorie.

Pentru unii elevi cu dizabilități multiple modalitatea principală de comunicare nu este limbajul vorbit sau scrierea. Pot fi folosite abilitățile non-verbale, inclusiv un sistem de semne manuale. Semnele pot fi utilizate pentru a oferi suport vizual / gestual care poate facilita înțelegerea limbii vorbite de către un copil. Alte mijloace de comunicare pot fi obiectele de referință sau simboluri tactile. Pentru elevii care nu sunt în măsură să înțeleagă și să utilizeze sisteme de comunicare formale, modalitatea lor de comunicare poate fi neintenționată sau neconvenționale. Un partener de comunicare poate fi util pentru a căuta să coreleze astfel de semnale cu semnificația lor și să se asigure că stimularea pe care copilul o primește este adecvată și furnizată într-un context interactiv (Farrell, 2008).

III.3. Evaluarea în perioada copilăriei timpurii

Evaluarea este definită ca o colectare și evaluare sistematică și riguroasă a informațiilor utilizate pentru proiectarea, selectarea, aplicarea și evaluarea planurilor de intervenție. Evaluarea poate fi realizată într-o varietate mare de contexte și poate fi realizată în diferite moduri (evaluări profesionale, colectare de date observaționale, testare standardizată etc.), în timp ce rezultatele pot fi utilizate pentru a determina traiectoria corectă în intervenție, prin monitorizarea rezultatele copilului.

Pot fi identificate mai multe scopuri ale evaluării în copilăria timpurie:

- 1) Determinarea eligibilității pentru accesarea serviciilor de intervenție timpurie;
- 2) Informarea profesioniștilor despre progresul copilului;
- 3) Descrierea grupurilor pentru planificarea și evaluarea unor programe, analiza și dezvoltarea politicilor publice sau comunicarea cu publicul.

Majoritatea copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 3 trei ani sunt adesea evaluați de către medici, iar o evaluare complexă este adesea imposibilă din cauza lipsei de timp. Gabovitch și



Wiseman (2005) enumeră o serie de comportamente pe care copiii le manifestă în această perioadă, care pot fi utilizate de către părinții pentru a identifica „steagurile roșii” și semnalele alarmante din diferite arii de dezvoltare.

- lipsa zâmbetului social sau a oricărei alte expresii care arătat căldură, bucurie până la vârsta de 6 luni și după aceea;
- lipsa de răspuns la sunete, zâmbete sau alte expresii faciale la 9 luni și după aceea;
- lipsa vocalizărilor la vârsta de 12 luni;
- nu folosește gesturi precum arătarea, prinderea obiectelor sau alte gesturi care arată interes la vârsta de 12 luni;
- nu spune niciun cuvânt la 16 luni;
- nu vorbește în propoziții de câte 2 cuvinte, fără a imita sau repeta la vârsta de 24 de luni;
- pierderea abilităților de comunicare verbală sau proto-comunicare sau sociale la orice vârstă.

Evaluarea copiilor mici care se află în situații de risc ar trebui efectuată în echipe multidisciplinare, iar rezultatele evaluării să fie utilizate pentru a dezvolta planurile de intervenție individualizate pentru fiecare copil.

Principalele scopuri ale evaluării copiilor cu risc sunt identificarea celor care au nevoie de servicii specializate de intervenție timpurie, creșterea nivelului de înțelegere a abilităților, competențelor și caracteristicilor de personalitate ale copilului. Astfel, Greenspan și Meisels (1993, citat de Wyly, 1997) enumeră următoarele obiective de evaluare: identificarea copiilor cu risc de a dezvolta întârzieri pe anumite paliere de dezvoltare; diagnosticarea și evaluarea problemelor de dezvoltare; identificarea abilităților și resurselor copilului; determinarea strategiilor de intervenție potrivite.

Scopurile generale ale evaluării și diagnosticului sunt:

- diagnosticul diferențial - determinarea specificității tulburării, excluzând posibilitatea ca aceasta să fie mai bine explicată printr-o altă tulburare;
- determinarea domeniilor și modalităților de evaluare;
- diagnostic
- intervenție.

Evaluarea complexă trebuie să ofere informații despre natura dificultăților copilului; capacitățile copilului; capacitate generală de adaptare; funcționarea copilului în principalele



domenii de dezvoltare (social-emoțional, relațional, cognitiv, limbaj, senzorial-motor); contribuția diferitelor domenii de dezvoltare la dificultățile și competențele copilului și planul de prevenire / intervenție pentru a aborda celelalte aspecte (Zero to Three, 1999).

Pași în evaluarea sugarilor și copiilor mici

Abordarea sistemică a evaluării în copilăria timpurie implică screening-ul efectuat de părinți. Accentul se pune pe nivelul de dezvoltare al copilului, iar comportamentul este ținta principală în procesul de evaluare. Identificarea copiilor cu probleme de sănătate mintală, precum și a celor cu întârzieri în dezvoltare și dezvoltare atipică este principalul obiectiv al evaluării. Toate componentele procesului de evaluare continuă sunt conectate (Bricker, Schoen Davis și Squires, 2004).

Principalele componente ale evaluării sunt:

- screening
- determinarea eligibilității
- intervenție
- evaluare.

Unele modele de evaluare (de exemplu, Wyly, 1997) subliniază faptul că specialiștii ar avea un rol major în acest proces, chiar mai important decât rolul părinților.

Fiecare specialist trebuie să stabilească un diagnostic și obiectivele pentru un plan de intervenție care să ia în considerare toate domeniile relevante ale funcționării copilului:

- prezentarea simptomelor și comportamentelor;
- istoricul cazului din perspectiva dezvoltării: funcționarea prezentă și trecută în ceea ce privește limbajul, dezvoltarea cognitivă, motorie, senzorială, funcționarea familială și interacțională, istoricul sarcinii și nașterii;
- familia, funcționarea în comunitate, istoricul familial medical și psihosocial;
- evaluarea fiecărui părinte;
- tipare de interacțiune părinte-copil;
- caracteristici de maturizare și constituționale;
- tipare afective, de limbaj, cognitive, motorii și senzoriale;
- factorii de stres din mediul actual (Zero to Three, 1999).

Sursele multiple de informații, printre care istoricul de caz, observarea directă, testarea standardizată, evaluarea directă a reactivității senzoriale a copilului, abilitățile motorii, limbajul, dezvoltarea cognitivă, expresivitatea emoțională sunt standardul de aur în evaluarea sugarilor și copii mici (Zero to Three, 1999).

Evaluarea neuropsihologică reflectă relația dintre dezvoltarea creierului și dezvoltarea psihologică, permițând detectarea timpurie a leziunilor cerebrale la copii. La naștere, nou-născutul demonstrează capacități uimitoare și în primii doi ani de viață sistemul nervos al nou-născutului



se află într-o stare de dezvoltare rapidă. Creierul sugarului are un imens potențial de recuperare și compensare (Dubowitz și Dubowitz, 1981).

Dificulățile din timpul sarcinii și nașterii nu se asociază neapărat cu existența leziunilor cerebrale, însă copilul care a trecut prin probleme perinatale, precum prematuritatea, hipoxia, are nevoie de condiții speciale de evaluare și de o atenție sporită, dată fiind vulnerabilitatea sa. Starea de alertă a copilului trebuie monitorizată cu atenție, precum și reacțiile copilului la manipulare, iritabilitate, oboseală. Evaluarea se concentrează în jurul abilităților care apar în primii ani de viață: reacții motrice spontane și provocate, abilități senzoriale, abilități sociale, comunicative și cognitive (Majnemer și Snider, 2005). În cazul copiilor cu dizabilități severe, evaluările standardizate pot să nu fie foarte utile, deoarece scorurile lor sunt foarte scăzute și estimarea severității dizabilității este problematică. Prin urmare, interpretarea calitativă a scorurilor ar putea fi o alternativă mai utilă (Johnson & Marlow, 2006).

Screening și evaluare complexă

Screeningul se referă la o scurtă evaluare pe scară largă, utilizată pentru a identifica acele cazuri care sunt la risc de a dezvolta o anumită tulburare, precum și copiii care nu au dezvoltat anumite abilități specifice vârstei, astfel încât acești copii să poată primi sprijin pentru a-și îmbunătăți abilitățile. Diagnosticul se referă la evaluarea formală a copiilor pentru verifica eligibilitatea de a urma un sistem de educație speciale sau pentru înscrierea la un program de intervenție timpurie (McConnell & Rahn, 2016). Există două categorii principale de instrumente de evaluare care pot fi utile în procesul de identificare a posibilelor întârzieri și care facilitează realizarea planului de intervenție:

- instrumente de screening- utilizate pentru identificarea copiilor cu risc și a copiilor care prezintă abateri de la dezvoltarea tipică. Scopul principal al screening-ului este identificarea întârzierilor în diferite domenii de dezvoltare, și anume: funcționarea motorie, cognitivă, executivă, a limbajului și a comportamentului. Evaluarea limbajului și a comunicării este de obicei subreprezentată în diferite evaluări, deși dezvoltarea sa în copilăria timpurie alături de dezvoltarea cognitivă, și interacțiunea socială, este critică în identificarea diferitelor dizabilități și a problemelor de dezvoltare (Lipkin & Allen, 2005).

- teste de evaluare standardizate - utilizate pentru evaluarea detaliată a copiilor (Johnson & Marlow, 2006). Principalele criterii pentru selecția testului sunt: vârsta copilului și proprietățile psihometrice ale testului care sunt menționate în manual.

Pentru identificarea timpurie a copiilor cu deficiențe de vedere, screeningul vizual începe imediat după naștere. Screeningul nou-născutului include evaluarea structurilor oculare, răspunsurile la stimulii vizuali (de exemplu, închiderea ochilor la lumina puternică) și alinierea simetrică a ochilor. Capacitatea de a fixa, urmări obiecte și alinierea simetrică a ochilor se află în



centrul procesului de evaluare în primele câteva luni. În mod ideal, acest lucru ar trebui evaluat independent pentru fiecare ochi. Abilitatea de a vedea și de a identifica obiecte mici (de exemplu, o bucată de scame pe covor) este caracteristică copiilor în primul semestru de viață (Shapiro, 2011, p. 87).

Pentru solicitarea unor evaluări suplimentare ar trebui să fie prezente următoarele caracteristici:

- anomalie structurală la orice vârstă,
- imposibilitatea de a detecta lumină cu unul sau ambii ochi,
- alinierea asimetrică a ochilor,
- acuitatea vizuală de 20/50 sau mai puțin sau mai mult de două linii de diferență între ochi la copiii de 3 ani,
- acuitatea vizuală de 20/40 sau mai puțin sau mai mult de două linii diferență între ochi la copiii de 4 ani (Shapiro, 2011).

Evaluarea acuității vizuale care utilizează metode comportamentale începe la vârsta de 3 ani, deși estimările acuității vizuale pot fi măsurate mai devreme. Tehnicile care măsoară urmărirea unor noi stimuli de dimensiuni gradate sau aspect preferențial, reprezintă măsuri fidele de acuitate vizuală, dar nu au fost încă adoptate pe scară largă în cadrul asistenței medicale primare. Un astfel de exemplu de teste sunt cardurile Teller, cardurile Cardiff și testele Lea.

Următoarele teste pot fi utilizate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 3 și 5 ani: litere Snellen, numere Snellen, Tumbling E, HOTV și testul Allen sau LH. Testul E Tumbling cere copilului să arate în ce direcție arată E. Testele HOTV folosesc litere care se disting mai ușor de copiii preșcolari, deoarece nu sunt afectate de rotație. Testele Allen și LH sunt prezentate sub forma unor imagini pentru copiii care nu cunosc literele. Solicitarea copiilor mai mici să potrivească stimulii pe care îi văd pe o placă de testare care conține toți stimulii le poate spori performanța (Shapiro, 2011).

Pe lângă evaluarea acuității și utilizarea unor metode obiective de a măsura deficitul vizual este important să se evalueze și capacitatea unui copil de a folosi vederea reziduală în activitățile zilnice, și anume vederea funcțională. În timp ce un copil se poate simți confortabil să se deplaseze în medii familiare, un alt copil cu aceeași acuitate poate fi speriat și incapabil să se miște. Specialiștii din acest domeniu trebuie să evalueze modul în care un copil este capabil să folosească abilitățile vizuale existente, precum și natura adaptărilor de care are nevoie copilul. Copiii cu afecțiuni nediagnostics pot prezenta comportamente (apropierea materialului vizual de ochi, înclinarea capului în timp ce efectuează anumite activități, privirea fixată la lumini, aplicarea de presiune asupra ochilor, sensibilitatea la lumină, răspunsuri vizuale inconsistente etc.) care sugerează necesitatea unei evaluări suplimentare. Copiii care nu prezintă un deficit vizual primesc aproximativ 80% din informații prin stimuli vizuali, în timp ce aproximativ 40% din creier este dedicat procesării vizuale. Prin urmare, abilitatea vizuală joacă un rol esențial atât în învățare, cât



și în dezvoltare, astfel încât trebuie să fie puse în aplicare diverse strategii pentru a reduce impactul pierderii vederii asupra dezvoltării cunoștințelor, limbajului și comunicării, abilităților motorii și dezvoltării socio-emoționale. (Durando, Chen și Petroff, 2017).

Metodele utilizate pentru evaluarea audiologică depind de capacitatea copilului de a coopera. Metodele obiective de diagnostic audiologic al pierderii auzului (care nu sunt atât de dependente de cooperarea copilului) includ: audiometria impedanței, audiometria pentru potențialele evocate auditive și emisia otoacustică. Audiometria impedanței oferă informații utile despre starea urechii medii și este utilizată cel mai adesea în evaluarea pierderii auditive conductive. Audiometria care conține și stimuli vizuali poate fi utilizată la copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 9 luni pentru a aproxima acuitatea auditivă. Pentru acei copii care pot fi testați cu metoda audiometriei care conține și stimuli vizuali American Speech-Hearing-Language Association (ASHA) recomandă screeningul cu căști pentru a testa fiecare ureche cu 1.000, 2.000 și 4.000 Hz tonuri la 30 dB HL. Chiar și dacă nu pot fi utilizate căștile pe parcursul evaluării, evaluarea în condiții de câmp sonor poate oferi informații suficiente pentru a răspunde la întrebarea dacă copilul are auz suficient pentru dezvoltarea limbajului. Pentru acei copii care pot fi testați prin metoda audiometriei prin joc, se recomandă screeningul fiecărei urechi (cu 1.000, 2.000 și 4.000 Hz tonuri la 20 dB HL). Recomandarea trebuie făcută pentru copiii care nu prezintă niciun răspuns sau nici un răspuns corect la un nivel de 30 dB pentru audiometria care conține stimuli vizuali sau 20 dB pentru audiometria prin joc la orice frecvență din oricare dintre urechi. Testele de screening identifică un număr mare de copii cu posibile probleme de auz în perioada preșcolară (Shapiro, 2011, p. 89).

Evaluarea convențională și autentică a copiilor vulnerabili

Mai mulți autori susțin utilizarea evaluării adaptate în cazul copiilor cu dizabilități. Neisworth și Bagnato (2004) consideră că o evaluare convențională prin utilizarea testelor standardizate, are o valoare limitată pentru copiii cu nevoi speciale. Autorii sugerează că evaluarea autentică a copiilor cu dizabilități ar trebui să se concentreze pe observarea comportamentelor copilului în mediul natural, cu proceduri de evaluare, context și conținuturi adecvate nivelului de dezvoltare al copilului, în cooperare cu îngrijitorii primari. Observarea directă, înregistrările, interviurile, scalele și observarea episoadelor de joc sau în timpul rutinelor zilnice pot fi utile în procesul de evaluare.

Specialiștii care efectuează evaluarea ar trebui să aibă o atitudine orientată spre familie, să asculte perspectiva părinților asupra problemelor copilului, să facă față îngrijorărilor, incertitudinii și neputinței lor cu privire la problemele copilului. Evaluarea nivelului de dezvoltare a copilului, precum și identificarea acelor copii care au nevoie de o evaluare mai detaliată, pot fi efectuate folosind chestionare pentru părinți. Acest tip de instrumente sunt utile deoarece ajută la reducerea



costurilor și a timpului necesar procesului de evaluare (Johnson & Marlow, 2006, Gabovitch & Wiseman, 2005). Unele dintre aceste măsuri sunt:

- Ages and Stages Questionnaires (ASQ, Bricker & Squires, 1999);
- Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS);
- Minnesota Child Development Inventory (MCDI);
- Kent Inventory of Developmental Skills (KIDS);
- Parent Report of Children's Abilities Revised for Preterm Infants (PARCA-R);
- Parents Evaluation of Developmental Status (PEDS; Glascoe, 1997)
- Other useful instruments that can be used to identify several early signs for severe disorders in infancy and early childhood are:
- Child Development Inventories (GDIs; Ireton, 1992);
- Infant-Toddler Checklist for Language and Communication (Wetherby & Prizant, 2002);
- Temperament and Behavior Scales (TABS; Bagnato, Neisworth, Salvia & Hunt, 1999);
- Revised Denver Pre-Screening Developmental Questionnaire (R-DPDQ; Frankenburg, 1985).

Au fost menționate mai multe argumente pentru implicarea părinților în evaluarea sugarilor și copiilor mici (Bortolus, Parazzini, Trevisanuto, Cipriani, Ferrarese, Zanardo, 2002), cum ar fi: părinții își cunosc cel mai bine copiii, au un interes în susținerea sănătății și dezvoltării copiilor lor, sunt primii care identifică riscurile în dezvoltarea copilului. Cu toate acestea evaluarea copilului utilizând doar rapoarte parentale nu poate înlocui complet evaluarea detaliată a copiilor, realizată de specialiști, în special în domeniile cognitiv, lingvistic și social-emoțional.

O analiză aprofundată a problemelor și nevoilor copilului poate fi realizată folosind diverse tehnici, cum ar fi observația, instrumentele de evaluare pentru funcționarea cognitivă, comportamentală, emoțională și sănătatea mintală. Pe lângă evaluarea copilului, este necesară obținerea de informații despre influențele de mediu.

Pentru a efectua o evaluare exactă, Wilmschurst (2005) recomandă evaluarea multimodală, utilizând mai multe surse de informații, în timp ce sarcina specialistului este de a integra diversele informații. Acest model de evaluare include un interviu, observarea comportamentală și utilizarea testelor clinice pentru a culege cât de multe informații care sunt necesare pentru proiectarea celor mai adecvate obiective de intervenție, cu validitate ecologică, precum și determinarea eligibilității pentru participarea la programele de intervenție timpurie.

Caracteristicile de bază ale evaluării în educația specială a copiilor mici sunt: (1) eligibilitatea și identificarea pentru intervenții specializate, (2) planificarea programelor, (3) intervenția și fidelitatea evaluării și (4) monitorizarea progresului.

III.4. Exemple de instrumente de evaluare



Evaluarea neuro-comportamentală a nou-născutului se concentrează pe mai multe secvențe comportamentale spontane ale nou-născutului și pe răspunsurile la stimularea mediului. Este de obicei o evaluare standardizată și poate fi efectuată de medici și terapeuți. Include: (1) modele de mișcare pasivă și activă, (2) reflexe primitive, (3) orientare spre stimuli auditivi și vizuali (Majnemer și Snider, 2005). Evaluarea neuropsihologică a nou-născutului are scopul de a identifica gradul de integritate și maturare a sistemului nervos, în special în cazul copiilor cu risc. Un exemplu de instrument util este *Evaluarea neurocomportamentală a sugarului prematur* (Korner, Brown, Thom și Constantinou, 2000), evaluând dezvoltarea și funcția motorie, semnul eșarfei, unghiul popliteu, activismul / orientarea, iritabilitatea, procentul timpului de somn și calitatea plânsului copiilor prematuri, care au avut nevoie de servicii medicale speciale în unitățile de terapie intensivă neonatală.

Evaluarea complexă în intervenție timpurie se poate realiza prin utilizarea mai multor instrumente de evaluare (Andreassen et al., 2007; Johnson & Marlow, 2006, Nadelman, 2004). În tabelul următor sunt prezentate unele instrumente de evaluare:

Test	Interval de vârstă	Arii evaluate	Scor	Observații
<i>Scalele Mullen de Învățare Timpurie Mullen Scales of Early Learning (MSEL)</i>	0 – 68 luni	Motricitate fină Motricitate generală Percepție Limbaj receptiv Limbaj expresiv	-scoruri standard pentru fiecare domeniu -scor standard global (“Învățare timpurie-scoruri compozite”) percentile, vârstă echivalentă	- ușor de administrat - evaluarea nevoilor de dezvoltare - oferă un profil acurat privind abilitățile și nevoile în dezvoltarea cognitive, nu atât de detaliat în aria motorie - utilitate scăzută pentru copiii cu tulburări motorii - standardele nu sunt recente
<i>Inventarul de Dezvoltare Battelle II Battelle Developmental Inventory II (BDI-II)</i>	0– 8 ani	Personal – social Adaptativ Motor Comunicare Cogniție	- scoruri standard pentru subdomenii, dornenii, scoruri globale -scoruri standard z, percentile, vârstă echivalentă	- poate fi administrat de o gamă largă de profesioniști, dar interpretarea se face de către specialiști - costuri relativ mici, dar risc ridicat de biasare - util pentru planificarea și monitorizarea eficacității intervenției - posibilitatea de adaptare la evaluarea copiilor cu dizabilități



<i>Scalele de Dezvoltarea Mentală Griffiths - Griffiths Mental Development Scales—Baby Scales (Griffiths Scales 0-2)</i>	0 – 23 luni	Locomotor Personal – social Auz și limbaj Coordonare ochi-mână Performanță	- scoruri standard pentru fiecare domeniu - percentile, vârstă echivalentă - scor standard privind funcționarea globală	- permite realizarea profilului de dezvoltare și analiza nevoilor și abilităților în dezvoltarea copilului - poate fi administrat numai de specialiști, cu experiență în evaluarea dezvoltării și care necesită o pregătire specială - costuri reduse, dar proprietăți psihometrice abia detaliate
<i>Scalele Bayley privind Dezvoltarea sugarului Bayley Scales of Infant Development II (BSID-II)</i>	0 – 42 luni	Mental (MDI) - Psihomotor (PDI): coordonare și abilități motorii Comportament în timpul testării (BDT): nivel de activism, tendința de apropiere/evitare, energie, reglare emoțională etc.	- scoruri standard MDI și PDI, percentile și vârstă echivalentă (17 grupe de vârstă), dar subscalele nu sunt standardizate - calități psihometrice bune, dar valoare predictivă limitată	- administrat individual, e nevoie de mai mult timp pentru evaluare - are nevoie de pregătire specială și experiență în evaluare pentru evaluator - costuri ridicate - limitat în evaluarea copiilor cu dizabilități, dar instrument bun pentru identificarea întârzierii de dezvoltare - unul dintre cele mai utilizate instrumente de evaluare la sugar, copilul mic și preșcolar

Tabel 1. Exemple de teste standardizate de evaluare utilizate în intervenție timpurie

Evaluarea interacțiunii părinte-copil poate fi realizată utilizând proceduri standardizate, cum ar fi Strange Situation (Ainsworth, 1969). Pentru sugarii și copiii cu dizabilități și riscuri, evaluarea ar trebui să se concentreze pe sprijinirea familiei pentru a maximiza rezultatele intervenției (McConnell și Rahn, 2016). Raportul sistemului familial de programare și evaluare (Bricker, 2002) oferă un cadru de obținere a informațiilor despre rutinele și activitățile zilnice ale copilului (de exemplu, servirea mesei, activități de baie și îmbrăcare) și preferințele familiei cu privire la obiectivele intervenției. Prin aceasta, se asistă echipa să identifice rezultatele dorite importante pentru funcționarea copilului în timpul activităților de zi cu zi.

Strategiile de intervenție pot fi apoi incluse în activități și rutine autentice folosind jucării și materiale disponibile în casă. Elementele AEPS sunt grupate în arii de dezvoltare structurate ierarhic, de la abilități inițiale până la abilități mai complexe. Fiecare element include un subset de obiective care se dezvoltă mai devreme decât scopul și, în general, îl preced. Acest lucru permite echipelor să identifice nivelul de dezvoltare actual și abilitățile care trebuie abordate. Informațiile obținute prin rapoartele profesorului, cât și din rapoartele părinților, sunt utilizate pentru a identifica și a stabili prioritățile care necesită a fi abordate în cadrul intervenției. Aceste abilități sunt formate folosind strategii de predare bazate pe dovezi științifice, selectate pe baza abilităților



formate și a punctelor forte, a nevoilor și preferințelor copilului, instruirea și practica fiind încorporate în diferite activități

AEPS este o modalitate de evaluare desfășurată în mediul natural al copilului, un sistem de evaluare care este ușor de înțeles, bazat pe strategii funcționale. AEPS creează legătura dintre screening, evaluare și intervenție la copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 6 ani, cu dizabilități sau cei care prezintă riscuri privind întârzieri în dezvoltare. Sistemul vizează șase arii de dezvoltare: (1) motricitate fină, (2) motricitate generală, (3) cognitiv, (4) comportament adaptativ, (5) comunicare socială și (6) socială. Scopurile AEPS sunt:

- identificarea abilităților copilului pe diferite domenii de dezvoltare;
- identificarea scopurilor și obiectivelor funcționale pentru planurile de intervenție personalizate;
- planificarea și orientarea intervenției;
- monitorizarea progresului copiilor.

Evaluarea AEPS poate fi efectuată de terapeuți, profesori, specialiști și părinți / tutori, în cadrul echipei multidisciplinare. Validitatea și fidelitatea au fost testate în mai multe studii, începând din 1984, iar validitatea concurrentă cu scalele Bayley, interevaluarea și fidelitatea test-retest, sunt notate în manual.

Evaluarea mediului familial și a calității stimulării

Calitatea și cantitatea sprijinului parental pe care copilul o primește de la părinți / tutori în mediul natural este o reflecție a riscului psihosocial. Un instrument de evaluare a riscurilor pe care copilul le are în familie este HOME (Home Observation for Measurement of the Environment, Caldwell & Bradley, 1984, în Thompson și colab., 1998), care combină interviul semi-structurat și metodele de observație. Chestionarul este completat acasă, atât în prezența copilului, cât și a tutorelui. Instrumentul se bazează pe experiența copilului în mediul familial, unde copilul interacționează cu obiecte, evenimente și tranziții. Instrumentul este destinat atât practicienilor, cât și cercetătorilor, iar scopul său este descrierea mediului familial al copilului și a impactului acestuia asupra rezultatelor dezvoltării, în raport cu tipul de intervenție care se desfășoară (Totsika și Sylva, 2004). Versiunea destinată sugărilor și copiilor mici (de la 0 la 3 ani) este formată din 45 de itemi cu răspunsuri dihotomice, grupate în șase subscale:

- 1) receptivitatea maternă emoțională și verbală;
- 2) acceptarea și evitarea pedepsei copilului;
- 3) organizarea mediului;
- 4) materiale adecvate de joacă;
- 5) implicarea maternă în îngrijirea copilului;
- 6) varietatea stimulării zilnică.

Scorurile pot fi calculate pe toate cele șase subscale, precum și un scor global, reprezentând riscul psihosocial pe care copilul îl are, din cauza distressului matern, altor factori proximali, care contribuie la dezvoltarea cognitivă. Calitatea și cantitatea stimulării, precum și sprijinul pe care îl



primește copilul, sunt foarte importante în special pentru copiii la risc (cu traume la naștere, greutate foarte mică la naștere, suferință fetală etc.). Scorul poate fi un predictor pentru funcționarea cognitivă, relația de atașament, dezvoltarea tipică a copilului pe termen mediu și lung (Thompson și colab., 1998; Totsika și Sylva, 2004)

O altă evaluare prin care se investighează calitatea îngrijirii parentale, precum și adaptarea părinților cu copii care prezintă risc ridicat este *Interviul clinic pentru părinții sugarilor cu risc ridicat*, CLIP, (Meyer, Zeanah, Boukydis și Lester, 1993). Instrumentul evaluează percepția părinților, răspunsurile afective și înțelegerea situației actuale. Interviul investighează istoricul sarcinii, a nașterii, a copilului, situația actuală și anticiparea viitorului și reprezintă o bază pentru dezvoltarea unui plan de intervenție pentru diadele expuse riscului (Meyer, Zeanah, Boukydis și Lester, 1993). Interviul vizează întreaga familie și se investighează abilitățile și nevoile părinților cu privire la îngrijirea copilului, astfel încât să poată fi planificată intervenția. Secțiunile interviului sunt:

- Starea actuală a copilului;
- Sarcina;
- Travalu și naștere;
- Relația cu copilul și sentimentele privind parentingul;
- Reacții față de unitatea de terapie intensivă și relația cu personalul;
- Relația cu familia și sprijinul social;
- Externarea și monitorizarea ulterioară
- Reflecție asupra experiențelor din secția de terapie intensivă.

CLIP este un instrument util pentru identificarea abilităților familiale, a mecanismelor de coping, a nevoilor, informații utile pentru planificarea intervenției psihosociale și a celorlalte intervenții necesare copilului și familiei.

III.5. Limitele evaluării și depistării timpurii

Scopul depistării timpurii a copiilor cu tulburări de dezvoltare este departe de perfecțiune, fiind identificate mai multe limitări, cum ar fi necesitatea evaluărilor multiple, pentru a depista toate tulburările care prezintă interes, capacitatea limitată a instrumentelor de a clasifica copiii, eforturile insuficiente în identificarea copiilor care au nevoie de servicii de intervenție timpurie. Mai mult, identificarea timpurie nu duce întotdeauna la includerea unui copil în programele de intervenție timpurie. Familiile pot fi dificile de motivat și uneori pot subevalua importanța intervenției timpurii, iar costurile programelor pot fi prea mari pentru familie. Cercetările privind eficacitatea identificării și intervenției timpurii sunt încă insuficiente pentru a dovedi rolul important al acestor servicii.

III.6. Strategii utilizate în abordarea copiilor cu dizabilități auditive și/sau vizuale

Pierderea senzorială influențează interacțiunile sociale ale copilului și accesul la informațiile de zi cu zi acasă, la școală și în comunitate, întârziind dezvoltarea ariilor interdependente ale abilităților



sociale, de comunicare și limbaj. Strategiile identificate și implementate ar trebui să ofere acces la informații, să promoveze interacțiunile sociale și să răspundă nevoilor de învățare.

Unele dintre aceste strategii sunt:

- *Dezvoltarea unui design universal pentru învățare* - aplicat la proiectarea curriculară a activităților educaționale, a suporturilor și a materialelor prin care se oferă acces funcțional și cognitiv la instruire și care se adresează variabilității elevilor. Designul universal pentru învățare include trei principii - mijloace de reprezentare și exprimare multiple (modalități senzoriale și nevoi de învățare), mijloace de acțiune multiple (încurajarea răspunsurilor, demonstrarea înțelegerii, expresii verbale, comunicare emoțională) și mijloace de angajament multiple (oportunități de învățare flexibile și variate, care facilitează atenția, curiozitatea și motivația);
- *Asigurarea accesibilității informațiilor vizuale* - organizarea și monitorizarea informațiilor vizuale (luminozitate, poziționare, reducerea strălucirii, contrast ridicat);
- *Asigurarea accesibilității informațiilor auditive* - acustica mediului trebuie adaptată și monitorizată pentru a facilita auzul vocii sau a altor sunete (reducerea sunetelor ambientale concurente, utilizarea covoarelor și a ferestrelor, apropierea de sursa sonoră);
- *Includerea intervenției în cadrul rutinelor* - vizând oportunități specifice de învățare în timpul rutinelor și a activităților zilnice ale elevului (de exemplu, servirea mesei). Aceasta implică evaluarea ecologică a mediilor de acasă, de la școală și din comunitate. O evaluare ecologică implică observarea interacțiunii, a participării și a comportamentelor elevului în diferite situații și activități. Ea permite o succesiune previzibilă de activități, oferă oportunități repetate de învățare și susține participarea elevului și generalizarea abilităților în contextele cotidiene. Simbolurile tactile pot fi oferite ca indicii pentru diferitele rutine (Durando, Chen și Petroff, 2017).

III.7. Intervenții pentru Copiii cu Dizabilități Senzoriale

Mai multe modificări și adaptări la nivelul mediului de învățare, precum și în modul în care sunt prezentate informațiile, pot fi extrem de utile în abordarea copiilor cu dizabilități vizuale și cu dizabilități multiple:

- Lentile corective și / sau mărire: familia trebuie sprijinită în obținerea lor și copilul ar trebui încurajat să le poarte. Imaginile vizuale ar trebui să fie mai ușor de discriminat, recunoscut și înțeles atunci când un copil poartă lentile corective prescrise.
- Amplificare: majoritatea copiilor cu dizabilități auditive pot beneficia de utilizarea unui dispozitiv de amplificare, cum ar fi un aparat auditiv, pentru a îmbunătăți discriminarea, recunoașterea sau înțelegerea informațiilor auditive. Familia ar trebui să fie sprijinită în obținerea dispozitivului și elevul trebuie încurajat să-l poarte.
- Implanturi cohleare
- Obținerea performanței acustice
- Tehnica mână peste mână: plasarea mâinii adultului peste mâna elevului pentru a arăta copilului un obiect sau pentru a realiza o acțiune. Tehnica mână pe mână pentru a ghida mâna elevului pentru a produce un semn sau o secvență de semne se numește comunicare



co-activă. Unii copii, în special cei care au o pierdere semnificativă a vederii, pot să nu accepte manipularea mâinilor și conștientizarea lipsei controlului. Alții pot deveni pasivi sau prompt dependenți, așteptând ca adultul să pună o mână pe a lor ca semnal pentru a iniția o acțiune. Această tehnică este utilizată în mod frecvent, dar poate interfera cu dezvoltarea abilităților independente.

- Tehnica mână sub mână: implică plasarea mâinii adultului sub mâna unui copil pentru a încuraja acțiunea sau explorarea materialelor. Copiii cu pierderi semnificative ale vederii nu au acces la indicii naturale din mediu care pot promova un comportament independent. Din acest motiv, tehnica mână sub mână, care este mai puțin intruzivă decât tehnica mână peste mână, permite copilului să urmeze mâinile adultului pentru a avea acces la acțiunea care este demonstrată. Deși această metodă poate fi ușor utilizată cu copiii care au experiență cu această tehnică, poate fi mai dificilă cu copiii care nu își pot ține mâinile deasupra mâinilor adultului. În aceste cazuri, adultul poate folosi un deget sau orice alt prompt fizic pentru a menține mâna copilului. De asemenea, este posibil ca adultul să fie nevoit să realizeze activitatea mai încet sau chiar să facă o pauză între etapele activității pentru a permite mâinilor copilului să exploreze în mai mare detaliu.

Uneori, refuzul acestei strategii apare dacă copilul încă nu are dezvoltată o relație de încredere cu adultul. În acest caz, se propune atragerea interesului copilului prin explorarea obiectelor preferate și menținerea copilului în explorare, fiind încurajată ideea că urmărirea mâinilor adultului reprezintă o experiență interesantă și pozitivă. Tehnica mână sub mână oferă elevului nu numai o oportunitate sigură de a explora un material necunoscut, ci și opțiunea de a participa la o activitate de învățare. Utilizarea tehnicii face referire la comunicarea interactivă.

- Atenție tactilă reciprocă: mâna adultului este așezată lângă cea a copilului, fără a întrerupe atenția copilului, cu scopul de a realiza atenția împărțită. Folosirea atenției tactile reciproce cu persoanele nevăzătoare reprezintă analogia tactilă a atenției vizuale împărțite. Atenția tactilă reciprocă promovează interacțiunea socială, atenția împărțită și abilitățile de comunicare la copiii cu deficiențe vizuale severe.

- Simboluri tangibile: simboluri tridimensionale (de exemplu, obiecte) și bidimensionale (de exemplu, imagini) care pot fi manipulate de către elevi ca o modalitate a comunicării expresive. Termenul se referă la elemente concrete (de exemplu, obiect, imagine, formă texturată) care sunt utilizate inițial pentru a 1) promova înțelegerea rutinei zilnice, a secvențelor activităților sau a opțiunilor sau pentru a face referire la oameni, locuri, evenimente sau lucruri (comunicare receptivă); și 2) oferă un mijloc prin care elevul poate solicita, refuzuri sau alegeri (comunicare expresivă). S-a constatat că utilizarea simbolurilor tangibile crește comunicarea elevilor cu dizabilități senzoriale și dizabilități multiple (Durando, Chen și Petroff, 2017).

Profesorii și specialiștii ar trebui să identifice modalități de a-l ajuta pe copil să-i recunoască și să-i diferențieze de alte persoane, folosind un mesaj special de salut (de exemplu,



vizual, tactil, auditiv) sau un simbol de identificare (de exemplu, ceas, sonerie) Mai mult, stabilirea unor rutine previzibile pentru activitățile de zi cu zi și utilizarea obiectelor sau a imaginilor pentru a reprezenta aceste activități vor facilita anticiparea și participarea la aceste activități. „Învățarea prin joc” este obișnuită în educația timpurie și este esențial ca copiii mici cu dizabilități senzoriale și multiple să aibă multe oportunități de a se angaja într-o varietate de activități de joc, în special cu copiii cu dezvoltare tipică. Copiii mici cu dizabilități vizuale și cu dizabilități multiple pot avea abilități de joc deficitare Pe baza intereselor și preferințelor copilului, părinții, profesorii și alți specialiști pot crea și structura activități care motivează interesul și participarea copilului la joc. Au fost descrise șase etape diferite de joc pe care copiii le pot demonstra în funcție de vârstă, abilități, interese și context. Tabelul de mai jos oferă o descriere a fiecărei etape a jocului, dar și influența posibilă a dizabilităților multiple și sugestii de intervenție (Durando, Chen și Petroff, 2017).

Etapele jocului	Particularități la copiii cu dizabilități multiple	Sugestii pentru intervenție
Comportament–acțiuni fără un anumit scop	Comportament repetitiv Auto-stimulare (lovire, aplaudat)	Identificare materiale, jucării, acțiuni preferate Reorganizare și remodelare comportamentul Angajarea copilului în comportamente adaptative (utilizarea instrumentelor muzicale)
Joc solitar – se joacă singur, interacționează cu obiecte, se amuză 2-3 ani	Repertoriu limitat	Imitarea jocului copilului Extinderea acțiunilor de joc prin adăugarea mișcării, a unor elemente, acțiunilor combinate (de exemplu combinarea muzicii cu acțiunea)
Spectator la joc – îi observă pe ceilalți cum se joacă, prezent în momentul dezvoltării limbajului	Abilitate limitată sau lipsa abilității de a observa și de a comunica cu ceilalți	Crearea oportunităților de a fi aproape de copii, de activități, astfel încât copilul să îi poată atinge, vedea, auzi Comunicarea a ceea ce fac alți copii într-un mod inteligibil
Jocul în paralel –jocul alături de ceilalți, tranziție spre alte etape	Abilitate limitată sau lipsa abilității de a observa și de a comunica cu ceilalți	Oportunități de joc paralel cu copilul și colegii (de exemplu, jocul într-o tavă de nisip, jocul cu apa)
Jocul asociativ – joc în grup, cu împărțirea materialelor,	Abilități limitate sau lipsa abilității de limbaj și deprinderilor sociale	Interacțiunea cu colegii Promptarea pentru a solicita, a împărțasi materiale (de ex., A cere



rezolvare de probleme, cooperare		obiecte, cooperarea în acțiuni și activități de joc, cum ar fi turnarea împreună a apei)
Jocul prin cooperare – joc în grup, preșcolari, include joc fizic, construcții, scenarii, joc cu reguli	Lipsa sau abilitate redusă de a observa abilitățile colegilor	Dezvoltarea abilităților adecvate (ex.mers cu bicicleta) Alternarea în activități (ex.a construi împreună) Povestiri simple Joc de rol

Dizabilitățile senzoriale și multiple au un impact semnificativ asupra dezvoltării limbajului unui copil, interferând cu mijloacele obișnuite de comunicare receptivă și expresivă. Intervențiile pentru a sprijini dezvoltarea comunicării copilului ar trebui să fie derivate din obținerea informațiilor prin observații despre activități familiare și structurate, conversații cu familia și persoanele din cadrul serviciilor la care are acces copilul și familia, precum și luarea în considerare a caracteristicilor, punctelor forte și a nevoilor individuale ale copilului. Mai multe moduri de reprezentare simbolică pot fi luate în considerare pentru a determina metodele de comunicare receptivă adecvate și modalitățile de comunicare expresivă pe care copilul le poate utiliza. Tabelul de mai jos prezintă mijloace de comunicare receptivă și expresivă care pot fi luate în considerare în proiectarea unui program de comunicare pentru un copil mic cu dizabilități multiple (Durando, Chen și Petroff, 2017).

Comunicare receptivă	Comunicare expresivă
Indicii tactile: semnale tactile care pregătesc copilul pentru activitatea care urmează	Mișcările corpului: determinate de răspunsuri emoționale pentru a exprima emoții, preferințe, refuzuri
Indici obiectuali: obiecte care reprezintă activitățile	Indici obiectuali: obiecte care indică preferințe pentru atingere, ridicare, privire spre, împingere obiecte
Simboluri tangibile: obiecte/imagini bi-și tri-dimensionale prin care sunt reprezentate persoane, locuri, activități	Simboluri tangibile: utilizarea obiectelor, imaginilor, reprezentărilor pentru a indica nevoi, preferințe, pentru a face referire la persoane, locuri, activități
Gesturi: acțiuni convenționale realizate cu mâna, capul, corpul pentru transmiterea unui mesaj	Gesturi: mișcări ale capului, corpului, mâinii, gesturi convenționale, mișcări idiosincratice
Vocalizări: sunete cu semnificație	Vocalizări: imitare/producere sunete ce pot fi recunoscute de adulții familiari
Semne manuale: sistem simbolic de comunicare gestuală	Semne manuale pentru a comunica, solicita, comenta, răspunde, angaja într-o conversație



Vorbire	Vorbire: utilizarea vorbirii pentru a solicita, a face comentarii, a răspunde la întrebări
---------	--

Modalitățile de comunicare selectate trebuie utilizate în mod sistematic și consecvent în interacțiunile zilnice în vederea dezvoltării comunicării. Literatura de specialitate a identificat strategii de input validate științific în comunicarea receptivă, respectiv strategii de output pentru comunicarea expresivă la copiii cu dizabilități.

Strategiile pentru dezvoltarea comunicării receptiv se referă la:

- utilizarea vorbirii (intonație, repetare, ritm lent, fraze simple): citirea cărților cu expresii faciale, gesturi și materiale pentru elementele din poveste;
- comentarii asupra obiectului de interes asupra căruia copilul își îndreaptă atenția, asupra acțiunilor cu obiecte, în timpul activităților de joc;
- utilizarea vorbirii paralele pentru a descrie acțiuni: verbalizarea comportamentelor de joc ale copilului;
- verbalizarea și descrierea acțiunilor proprii: verbalizarea acțiunilor adulților în timpul realizării acestora;
- repetarea și accentuarea cuvintelor cheie: citirea cărților tactile, utilizarea cuvintelor simple, interjecții pentru imagini și acțiuni;
- utilizarea unei varietăți de indicii verbale și tangibile pentru a crește comprehensiunea cuvintelor: dublarea cuvintelor cu acțiuni până când copilul înțelege și reacționează;
- extinderea enunțurilor proprii: propoziții simple pentru succesiune de acțiuni;
- extinderea enunțurilor copilului cu elemente sintactice și semantice: jocul cu cuvinte asociate cu obiecte familiare (câine maro, câine bun).

Strategiile pentru dezvoltarea comunicării expresive se referă la:

- interpretare și răspuns la gesturile și vocalizările copilului
- imitarea vocalizărilor și acțiunilor pentru a promova dialogul
- oferirea de modele de limbaj și comunicare expresivă
- utilizarea rutinelor întrerupte, a tehnicii oprește și așteaptă pentru a întrerupe activități și cântece cu mișcare familiare și preferate
- utilizarea tehnicii de amânare a timpului pentru a motiva inițiativa copilului de a solicita jucăria preferată.
- oferirea de opțiuni în activitățile zilnice
- oferirea de întăriri naturale pentru a susține eforturile de comunicare ale copilului
- crearea nevoii de a cere
- stabilirea atenției împărțite cu copilul și obiectul de interes
- încurajarea interacțiunilor alternative și a conversației bidirecționale
- utilizarea promptărilor de completare pentru a încuraja copilul să completeze rimele, refrenele, cântecele



- greșeli planificate și intenționate.

Strategiile care susțin dezvoltarea limbajului și a comunicării determină și dezvoltarea literației emergente, acestea includ utilizarea cântecelor ritmate cu mișcare, interacțiunea cu materiale bogate în imagini, povestirea, recunoașterea literelor și conversațiile (Durando, Chen, & Petroff, 2017). Copiii cu dizabilități senzoriale multiple beneficiază de oportunitățile multiple de a se angaja în activități de alfabetizare timpurie care sunt accesibile și care se bazează și pe interesele lor, inclusiv cărți tactile sau cu cele cu elemente auditive/sonore.

Copiii mici își dezvoltă conceptele privind organizarea și înțelegerea experiențelor prin interacțiunile zilnice. Copiii mici cu dizabilități senzoriale și multiple beneficiază de oportunitățile repetate de interacțiune cu obiecte în situații semnificative (de exemplu: învățând despre caracteristicile unei banane, prin decojirea și servirea bananei la masă).

Rutinele zilnice predictibile oferă oportunități de învățare privind numeroasele concepte, inclusiv: 1) limbaj și simboluri asociate cu activitățile (de exemplu etichete și explicații oferite prin vorbire, semne, gesturi, obiecte sau imagini); secvența activităților (de exemplu primul, al doilea etc, prima dată, a doua oară, mergem acasă după prânz); și 3) timpul (de exemplu: încă 5 minute de joacă, apoi strângem jucăriile).

Tabelul următor evidențiază conceptele timpurii selectate și oferă sugestii de promovare a acestora (Durando, Chen, & Petroff, 2017).

Concept	Intervenții
Permanența obiectului	De-a v-ați ascunselea Căutarea și găsirea obiectelor Găsirea obiectelor muzicale aflate în alte camere Strigarea numelui copilului din altă cameră
Utilizarea simbolurilor pentru a identifica și eticheta/ numi	Identificarea și etichetarea obiectelor uzuale, a persoanelor prin interacțiune Utilizarea modelelor de reprezentare pentru a identifica și a face referire la obiecte și persoane
Identificarea și definirea obiectelor și a persoanelor, recunoașterea diferențelor	Explorare și joc cu obiecte cu texturi diferite Definirea caracteristicile care diferențiază obiectele Încurajarea interacțiunilor cu persoane, evidențiind caracteristicile acestora
Identificarea conceptelor spațiale	Oportunități de angajare în activități fizice Manipularea obiectelor



Intervenția timpurie are un rol esențial în dezvoltarea copilului și funcționarea familiei în contextual dizabilității. Emoțiile complexe care pot apărea în sistemul familial: dezamăgire, frustrare, lipsa speranței, izolare socială, stress ridicat. Principiile fundamentale care stau la baza dezvoltării sănătoase ale copiilor sunt creșterea și dezvoltarea care au loc în cadrul unor relații stimulative, nașterea și educația unui copil oferă familiei oportunități pentru dezvoltarea și schimbare, primii ani influențează dezvoltarea pe toată durata vieții, atașamentele timpurii pot fi distorsionate de istoriile personale ale părinților legate de traumă, iar prezența terapeutului poate reduce riscul eșecului în relațiile timpurii și poate oferi oportunități pentru schimbare (Weatherstone, 2005, p.6)

Asistența primară responsabilă determină formarea atașamentului copilului față de persoanele semnificative, cărora le atribuie încredere, iar dezvoltarea autonomiei influențează mai departe comunicarea și celelalte arii de dezvoltare. Studiile privind copiii cu dizabilități indică faptul că responsivitatea adultului la semnalele copilului este asociată cu atașamentul securizant al copilului și dezvoltarea socială, comunicațională și cognitivă timpurie, dar promovează și simțul încrederii și competenței la intervenient. Persoanele semnificative (specialist, membrii familiei, profesorii) ar trebui să depună eforturi pentru a identifica, interpreta și răspunde la semnalele subtile, nonverbale, câteodată idiosincratice ale copiilor mici cu dizabilități senzoriale și multiple. Adulții familiari recunosc eforturile de comunicare ale copilului prin acest proces, iar copilul învață că poate influența răspunsurile intervenientului, dezvoltând astfel anumite competențe.

IV. Bune practici în contextul intervenției timpurii în țările partenere din proiectul ErISFaVIA. Politici și sprijin legislativ în intervenția timpurie în fiecare dintre țările partenere în proiectul Erasmus+ ErISFaVIA. Scopul programelor actuale și anterioare ale UE și alte tipuri de cercetări privind intervenția timpurie în fiecare dintre țările partenere.

IV.1. CROAȚIA

A. Politici și legislație

Începând cu anul 2017, în Croația sunt 32 101 copii cu dizabilități (Croatian Institute for Public Health, 2017). Termenul ‘copil cu dificultăți dezvoltamentale’ este utilizat în Croația pentru a descrie toate tipurile de dizabilități pe care copiii le pot avea și pentru a exprima variabilitatea și dezvoltarea potențială a dizabilității în timp (Znaor și colab., 2003). Cel mai mare număr de copii înregistrați cu dizabilități, 46%, se află în segmentul de vârstă între 10 și 14 ani sugerând o intervenție timpurie neadecvată și o descoperire târzie a dizabilităților (UNICEF, 2015). În 2013, Croația a adăugat la sistemul său legislativ intervenția în copilăria timpurie, prin intermediul Actului de Asistență Socială ca un rezultat direct al proiectului derulat de UNICEF, Centrul Educațional Mali Dom – Zagreb și Primăria Zagreb. Scopul proiectului era de a configura un model pentru intervenția în copilăria timpurie derulată de acasă pentru copiii cu nevoi suplimentare și familiile acestora, model care să poată fi multiplicat pe întreg teritoriul Croației la nivel local.



Modelul a fost construit pe baza unuia deja funcțional în cadrul Centrului educațional Mali Dom în intervenția timpurie, însă a fost dezvoltat mai mult prin cooperarea a 135 de specialiști din toate sectoarele de activitate. În această colaborare au fost incluși toți actorii importanți din cadrul instituțiilor implicate în proiect, precum și reprezentanți guvernamentali din domeniile: sănătate, asistență socială și educație. Viziunea acestora s-a materializat în **inclusiunea serviciilor de intervenție timpurie în legislație în cadrul Legii Asistenței Sociale**, care a asigurat nu doar dreptul de a beneficia de servicii de intervenție timpurie (IT) desfășurate acasă, ci și garanția de a beneficia de aceste servicii înainte de examinarea medicală complexă, diagnostic și birocrație, respectiv în momentul trimiterii de către medicul din secția de neonatologie sau mai târziu de către alți specialiști din protocolul de trimitere la serviciile de IT, astfel încât copilul să beneficieze de acestea conform evaluării de nevoi realizată de furnizorul serviciilor de IT și să nu aștepte după o serie de proceduri administrative de lungă durată. Este cazul copiilor cu vârsta mai mică de 3 ani, în mod special a celor sub 1 an, care astfel sunt îndreptățiți să primească servicii din partea statului doar pe baza evaluării de nevoi realizată de specialiștii în IT, iar odată ce au început să primească acest sprijin, familia poate colecta toate documentele necesare prin intermediul Centrului de asistență socială și a altor instituții administrative sau de sănătate.

Cu toate că în echipa de colaborare se aflau specialiști ai tuturor domeniilor majore de activitate, a existat o decizie comună de a include intervenția timpurie ca serviciu în cadrul Asistenței sociale. Desigur, unele dintre servicii precum terapiile specifice sau incluziunea în grădinițe se regăsesc sub cupolă Sănătății și Educației, însă acestea nu reprezintă din punct de vedere legal servicii complete de IT.

Actul privind Asistența Socială (2013)

Intervenția timpurie – Articolul 84

- (1) Intervenția timpurie reprezintă un serviciu social care cuprinde atât încurajarea asistenței specializate pentru copii, cât și asistență specializată și consiliere pentru părinții acestora, incluzând și alți membri ai familiei sau părinți adoptivi, atunci când s-a stabilit un risc de dezvoltare sau o dificultate de dezvoltare a copilului.
- (2) Intervenția timpurie va fi acordată copiilor și părinților lor sau părinților adoptivi, copiilor care locuiesc împreună cu familia sau în cadrul altui serviciu social, în scopul de a-i integra pe aceștia într-o rețea socială de dimensiuni mai mari atunci când prezentul serviciu nu va mai fi asigurat în cadrul sectorului de sănătate.
- (3) Intervenția timpurie va fi acordată unui copil care prezintă o provocare de dezvoltare diagnosticată, dezvoltare la risc sau dificultăți de dezvoltare de la o vârstă timpurie și de regulă până în jurul vârstei de trei ani, respectiv până la maxim 7 ani.
- (4) În baza unei opinii medicale – a unui specialist neonatolog sau a unui pediatru sau în mod excepțional a unui medic cu o altă specializare adecvată, centrul de asistență socială va putea cere o evaluare a furnizorului de servicii privind durata și frecvența oferirii serviciilor de la paragraful 1 al acestui Articol și va acorda dreptul la acele servicii printr-o decizie.



- (5) Intervenția timpurie poate fi acordată de către o locuință socială, de către un centru de servicii comunitare și de către alți furnizori de servicii specificați în Articolul 169 al acestui Act, la secțiunea condițiilor prevăzute de acest Act.
- (6) Intervenția timpurie poate fi asigurată la domiciliul familiei beneficiarului sau în cadrul familiei adoptive, precum și în cadrul unuia dintre furnizorii de servicii prezentați în paragraful 5 al acestui Act, și poate fi acordată în număr de până la 5 ore pe săptămână.
- (7) Beneficiarul serviciilor de intervenție timpurie nu va primi simultan servicii de sprijin psihosocial.

Strategia Națională a Drepturilor Copiilor 2014-2020 a stabilit sprijinirea obiectivelor strategice pentru drepturilor copiilor vulnerabili, incluzând copiii cu dizabilități (UNICEF, 2015). Personalul medical decide dacă un copil are nevoie de intervenție timpurie și va direcționa părinții către Centrele de Asistență Socială care la rândul lor le vor înmâna o trimitere pe baza căreia vor putea accesa serviciile de intervenție timpurie necesare și/sau li se va recunoaște dreptul la servicii sociale. De asemenea, părinții pot contacta ei înșiși furnizorii de servicii de intervenție timpurie și pot trimite Centrului de Asistență Socială scrisoarea medicală pe baza căreia se vor determina nevoile și frecvența serviciilor de IT. Ministerul pentru Demografie, Familie, Tineret și Politică Socială are o bază de date cu toate instituțiile de asistență socială, inclusiv Centrele de Asistență Socială, care le permite utilizatorilor să caute instituții și adresele lor, mai ales având în vedere faptul că Centrele de Asistență Socială sunt disponibile în toate regiunile de pe teritoriul Croației (Ministry for Demography, Family, Youth and Social Policy, 2019).

Programele preșcolare de tipul grădinițelor și a altor instituții sunt deosebit de importante ca parte a sprijinului în intervenția timpurie. Acestea sunt disponibile pentru copiii cu vârste între 6 luni și vârsta obligatorie de începere a școlii (UNICEF, 2015). Biroul Avocatului Poporului subliniază că nu există reglementări legale privind prezența asistenților în grădinițe, iar acestea se luptă pentru a oferi sprijin adecvat copiilor cu dizabilități (Biroul Avocatului Poporului pentru Persoane cu Dizabilități, 2018). Deși copiii cu dizabilități au avut întotdeauna prioritate la înscrierea la grădiniță, ei se pot confrunta în continuare cu obstacole în accesarea serviciilor deoarece în unele zone din Croația nu sunt suficiente grădinițe pentru a include toți copiii, iar Biroul Avocatului Poporului afirmă că au existat situații de discriminare pe bază de dizabilitate.

Conform Biroului Avocatului Poporului, serviciile de intervenție timpurie nu sunt acordate sistematic și funcționează cu sprijinul unor proiecte conduse de experți din domeniul educației și reabilitării. O serie de servicii rămân inaccesibile copiilor din zone rurale și zone mai puțin dezvoltate care sunt astfel teritorii din Croația unde intervenția timpurie este practic non existentă, iar listele de așteptare pentru serviciile publice gratuite și disponibile tuturor persoanelor indiferent de venituri sunt foarte lungi. Deși listele pentru aceste servicii în sectorul privat sunt mult mai scurte, dezavantajul este că părinții trebuie să plătească pentru a le putea accesa.

Contextul istoric al intervenției în copilăria timpurie în Croația a fost văzut ca un domeniu de îngrijire medicală pentru servicii oferite în instituții de îngrijire medicală. Această legătură cu medicina a avut atât consecințe pozitive cât și negative care vor fi discutate în acest capitol. Au



fost inițiate o serie de schimbări în ultimii zece ani atât în cadrul asociațiilor de părinți cât și la nivel universitar. Schimbările sunt legate de practici (abordări sociocognitive și îmbunătățirea comunicării copil-părinte), de formarea experților prin programe postuniversitare, de legislație și de incluziune socială.

Au fost inițiate schimbări în ultimii 15 ani atât din partea organizațiilor non guvernamentale din sectorul civil (de exemplu asociații de părinți) cât și din partea mediului universitar – nu doar ca rezultat al propriilor cercetări științifice, dar și datorită legăturilor strânse dintre mediul academic croat și omologii săi străini, care au condus la informarea asupra cercetărilor internaționale curente și la nevoia de dovezi validate științific. Mișcarea părinților a început să ceară pentru copiii lor programe noi centrate pe dezvoltarea comunicării și a abilității de a învăța bazată pe mediul familial, precum și posibilitatea de a-i include pe aceștia în creșe și grădinițe. Scopul mai multor astfel de inițiative a fost de a crea condițiile care le permit părinților să renunțe la rolul de co-terapeut și să devină din nou părinți.

Croația are un sistem bine dezvoltat de configurare preșcolară, iar marea majoritate a mamelor sunt angajate, astfel încât mamele copiilor mici cu nevoi speciale au început să caute oportunități de a-i include pe copiii lor în creșele publice sau în programele grădinițelor, astfel încât copiii lor să aibă posibilitatea de socializare. În eforturile lor de a realiza aceste lucruri, părinții au obținut sprijin specializat din partea instituțiilor academice. Părinții au acum o înțelegere mult mai bună a faptului că deși fiecare copil se naște cu o configurație biologică unică, aceasta nu înseamnă că viitorul copilului este predeterminat. Părinții reprezintă o forță care influențează în mod permanent îmbunătățirea sistemului de intervenție în copilăria timpurie din Croația.

Consecințe pozitive:

- Serviciile de intervenție în copilăria timpurie (ICT) sunt reglementate și încorporate în lege astfel încât au o structură de bază.
- Serviciile sunt definite în mare în ceea ce privește conținutul, furnizorii, vârsta copilului, locul de acordare a acestora.
- Serviciile sunt gratuite pentru copil și familia sa.
- Nu este necesară procedura administrativă a Corpului Expert pentru aprobarea dreptului la servicii astfel încât copiii pot fi incluși imediat în ICT.

Consecințe negative:

- Discrepanțele legislative – nu toată lumea implementează legea.
- Numărul redus al furnizorilor de servicii.
- Lipsa de coordonare dintre furnizorii de servicii și între sectoarele de activitate (serviciile de sănătate și cele sociale) și prin urmare între servicii.
- Lipsa unei formări educaționale adecvate a specialiștilor și para specialiștilor care nu au astfel abilitatea de a sfătui și face recomandări părinților în alegerile acestora.

Situația actuală a intervenției în copilăria timpurie



În descrierea situației contemporane a intervenției în copilăria timpurie din Croația, trebuie subliniat faptul că imaginea este una haotică care depinde de zona în care o anumită familie locuiește și de tipul tulburării de dezvoltare pe care îl are copilul său. Familiile din zona Zagreb se află într-o postură mult mai bună decât cei care locuiesc în alte zone fiindcă majoritatea programelor medicale și a celor din mediul familial sunt concentrate în această regiune. Pe măsură ce ne deplasăm spre est sau spre sud situația devine din ce în ce mai puțin favorabilă. În ceea ce privește tipul de tulburare de dezvoltare, familiile copiilor cu dizabilități senzoriale se află într-o poziție mai bună decât altele. Motivele acestui fapt rezidă în diagnosticul medical clar și eforturile deosebite depuse de persoanele care înregistrează progrese în acest domeniu, dar și în decadele de formare specializată a medicilor în domeniul importanței prevenției. Situația cea mai neplăcută o regăsim în cazul copiilor cu dificultăți medicale și de dezvoltare complexe din cauza faptului că predomină încă abordarea medicală a intervenției în copilăria timpurie. Mai specific, în abordarea copilului mic, care are loc predominant în mediul medical, recunoaștem două abordări terapeutice diferite. Copiii cu risc ridicat sau probleme de tip neurologic determinate la naștere (de exemplu Sindrom Down, leziuni sau malformații craniene) sunt incluși în monitorizarea medicală cu multiple controale și programe terapeutice care se desfășoară în centre specializate sub denumirea de abordare timpurie multidisciplinară. Cu toate că părinții apar pe lista membrilor echipei, în fapt ei nu sunt cu adevărat implicați de către specialiști. Mulți experți văd copilul cu regularitate, însă o serie de specialiști nu lucrează împreună, iar serviciile nu sunt realizate în echipă. În momentul în care părinții vin la centru, copilul începe o serie de programe clinice sau medicale și nu proceduri care să sprijine dezvoltarea și să promoveze participarea copilului în mediul său familial.

Tratamentul vizează copilul și deficiența sa, constituind implementarea unei rutine de exerciții intense, în mare parte motorii, care îi implică pe unul dintre părinți ca și co-terapeut. Medicii sunt deseori mai puțin selectivi în aplicarea procedurilor terapeutice. Aceasta înseamnă că de la o vârstă timpurie, toți copiii sunt incluși într-un program de exerciții pentru sugari care este implementat zilnic de către părinți și de asemenea, într-un program terapeutic de integrare senzorială. Deoarece părinții nu au sprijinul psihologic adecvat și sunt convingși de expresia cu ‘cât mai mult exercițiu, cu atât mai bine’, vor lua de multe ori inițiativa de a angaja terapeuți care să exerseze cu copiii lor. Însă, această supraexpunere la diferite proceduri terapeutice va distruge rutina zilnică și viața normală de familie și va necesita un efort financiar suplimentar din partea părinților. În același timp, această abordare are consecințe psihologice indezirabile pentru copii, conducând deseori la atitudini negative sau pasive sau la o neajutorare învățată. Părinții copiilor mici cu risc neurodevelopmental se întreabă ‘Ce pot să fac pentru a-mi motiva copilul să își facă exercițiile?’ Înțelegerea faptului că copiii pot învăța prin participarea la activitățile zilnice și la experiențele semnificative plăcute alături de familia lor și de îngrijitori, devine încetul cu încetul un concept familiar. Implicațiile sale nu au fost încă acceptate – și asta este din nefericire valabil mai mult pentru furnizorii de servicii din mediile medicale decât pentru părinți.

Trebuie subliniat faptul că datorită eforturilor unor persoane, anumite programe pentru copiii mici și familiile lor au dezvoltat bune practici și sunt implementate cu o regularitate tot mai mare.



Părinții au acceptat programele extraordinar de bine și există speranța ca în viitorul apropiat acestea să întâmpine nevoile tuturor familiilor care au copii mici cu dificultăți de dezvoltare și să devină parte a sistemului de intervenție în copilăria timpurie din Croația. După introducerea în lege a intervenției în copilăria timpurie în cadrul procesului de dezinstituționalizare, multe dintre instituțiile de asistență socială vor putea decide dacă vor oferi serviciile respective. Majoritatea au acceptat și conform actelor oferă aceste servicii. Unele dintre ele transformă actele în realitate și furnizează gama de servicii recomandată, însă personalul necalificat sau prea puțin format este cea mai mare problemă.

Există și un program de Masterat în cadrul Facultății de Educație Specială care oferă pregătire în domeniul intervenției în copilăria timpurie și un an de practică în cadrul Centrului Educațional Mali Dom. Însă niciuna dintre aceste pregătiri nu reprezintă premise pentru oferirea serviciilor de ICT. Prin urmare, calitatea și intensitatea serviciilor variază foarte mult pe teritoriul țării. Situația însă se îmbunătățește, însă într-un ritm prea lent. De asemenea, datele raportate nu sunt o reprezentare reală a imaginii serviciilor. Cele mai bune servicii se află încă la nivelul orașului Zagreb, alte centre urmând modelul în partea nordică a țării. Aceste câteva programe se bazează pe modelul ecologic, în timp ce restul se confruntă încă cu modelul medical. Singurul model în afara celui medical este în acest moment cel de la Mali Dom care furnizează în mod consecvent servicii pentru sugari – de la naștere până la vârsta de 1 an. Acest lucru reprezintă un mare pas înainte fiindcă cu 10 ani în urmă majoritatea organizațiilor pretindeau că oferă servicii de intervenție în copilăria timpurie, însă cei mai mulți dintre beneficiarii lor aveau vârsta peste 3 ani. În prezent lucrurile stau mult mai bine, însă copiii din intervalul de vârstă 0-1 an sunt rareori incluși în programe care nu urmează modelul medical. Acest lucru trebuie să se schimbe fiindcă acela este intervalul cu cele mai multe șanse pentru copii.

Există însă un interes crescând din partea neonatologilor pentru ICT și furnizorii de servicii ICT precum Centrul Mali dom care este un invitat constant în cadrul conferințelor promovând astfel aceste servicii. Legăturile de colaborare cu centrul sunt de asemenea foarte bune.

Riscuri de calitate în furnizarea serviciilor de ICT în Croația

- Resurse insuficiente – furnizarea sporadică a serviciilor/ lipsa continuității
- Furnizarea doar a anumitor componente din modelul IT/ lipsa comprehensiunii
- Modelul medical/ abordarea multidisciplinară
- Formarea educațională insuficientă a furnizorilor de servicii și a colaboratorilor
- Număr crescut de furnizori privați/ offline/ fără abilități de evaluare și control al standardelor și a calității
- Piața “gri” pentru furnizorii de servicii
- Dublarea serviciilor/ suprapunerea furnizorilor și a numărului de servicii fără o coordonare prealabilă

Recomandări:

- Schimbări legislative – în special la nivel de implementare



- Dezvoltarea unor sisteme de ICT comprehensive bazate pe structuri legislative pe întreg teritoriul.
- Alocarea unui buget adecvat și a unor servicii de sprijin
- Formarea personalului din maternități și din secțiile pediatrie pentru a descuraja instituționalizarea și pentru a sprijini părinții sugarilor cu dizabilități.
- Promovarea incluziunii și a importanței intervenției în copilăria timpurie.
- Înlăturarea prejudecăților și a stereotipurilor care continuă să conducă la instituționalizarea copiilor.
- Integrarea domeniului dezvoltării timpurii a copilului ca o componentă de bază în toate formările inițiale și continue ale specialiștilor care lucrează cu copii și familiile acestora
- Copiii din grupuri vulnerabile au nevoie de acces echitabil: finanțare suplimentară, personal calificat, materiale adecvate.

B. Programul de intervenție timpurie – MALI DOM -Zagreb

Mali dom oferă servicii de intervenție în copilăria timpurie de peste 20 de ani și a dezvoltat un model comprehensiv bazat pe servicii la domiciliul copilului și pe o abordare transdisciplinară. Serviciile sunt oferite din momentul nașterii copilului și până la vârsta de 3 ani. Criteriile pentru includerea copiilor în programul de intervenție timpurie sunt: factori de risc neurologic, dizabilități senzoriale, deficiențe în dezvoltare, traume post-natale, sindroame de malformație, etc. **Trimiterea către Programul de Intervenție în Copilăria Timpurie** se bazează pe criteriile menționate anterior în contextul în care formularul de trimitere este completat de către specialiști în sănătate: un neonatolog, un neurolog-pediatru, un pediatru, etc., dar fiindcă unele dificultăți de dezvoltare pot să fie detectate mai târziu, copilul poate fi trimis spre acest program și de către un psiholog, un psihopedagog, un terapeut de limbaj și comunicare, etc.

Evaluarea transdisciplinară:

- Comprehensivă, cu un caracter consultativ, cuprinde evaluări de bază și suplimentare
- Evaluările de bază sunt obligatorii la Mali dom și se axează pe vârsta copilului pentru a putea crea un program. Acestea sunt:
 1. Evaluarea mișcărilor generale (spontane) de la naștere și până la 4 luni.
 2. Evaluarea funcțiilor motrice prin analiza calității mișcărilor.
 3. Evaluare educațională psihopedagogică.
 4. Evaluarea vederii funcționale.
- Dacă este nevoie de evaluări suplimentare, se vor realiza câteva dintre următoarele: evaluarea dezvoltării timpurii a comunicării, evaluarea dezvoltării socio-emoționale, evaluarea dezvoltării integrării senzoriale, evaluare în domeniul terapiei ocupaționale. Evaluările se realizează prin utilizarea de teste standardizate și non standardizate și prin colectarea de date în urma discuțiilor cu părinții.
- O astfel de evaluare oferă detalii despre abilitățile existente ale copilului în toate domeniile, despre dinamica familiei, abilitățile și așteptările lor pentru copil. Scopul evaluării este nu



doar de a identifica posibile dizabilități, dar și de a identifica punctele forte ale copilului și modalitățile sale de învățare. O evaluare completă, de succes, reprezintă un prim pas în organizarea unui program de intervenție. Pe baza unei evaluări comprehensive, echipa de specialiști va stabili clasificarea modalităților de dezvoltare a copilului și împreună cu părinții va defini obiectivele și activitățile terapeutice.

Realizarea Planului Individual de Suport Familial (PISF) și în cadrul acestuia al Planului Educațional Individualizat (PEI)

- PISF documentează procesul de intervenție timpurie și servește drept ghid pentru echipa de specialiști și pentru familie. Prin realizarea acestui document, membrii familiei și specialiștii în intervenție timpurie lucrează în echipă pentru a planifica, implementa și evalua serviciile adaptate nevoilor specifice, prioritățile și resursele familiei.
- PEI este un document care conține obiective pe termen lung și scurt, abordări și resurse, persoanele care vor derula activități, precum și condițiile în care se vor desfășura acele activități determinate de obiectivele propuse. PEI monitorizează și evaluează progresul copilului. Diferența dintre PISF și PEI este că primul este îndreptat către familie ca întreg, în timp ce cel de-al doilea este îndreptat către copil.

Activități de intervenție timpurie derulate prin suportul familial la domiciliu

- Specialistul în Intervenție Timpurie este desemnat unei familii, va implementa în cadrul serviciilor și suportul familial de specialitate și va coordona orice serviciu al PISP. Un mediu familial sigur și relaxant va ajuta la implementarea completă a procedurilor educaționale și psihopedagogice în viața cotidiană a copilului. Stabilirea încrederii și a siguranței îi ajută pe părinți să-și conștientizeze competențele, iar acest aspect reprezintă cadrul fundamental al unui program de intervenție timpurie de succes.

Activități de intervenție timpurie derulate la Centru

- În cadrul Centrului de suport se desfășoară în funcție de nevoi activități de tipul: fizioterapie, integrare senzorială, terapie vibro-acustică, terapie ocupațională, terapia limbajului, grupuri de sprijin, hidroterapie.

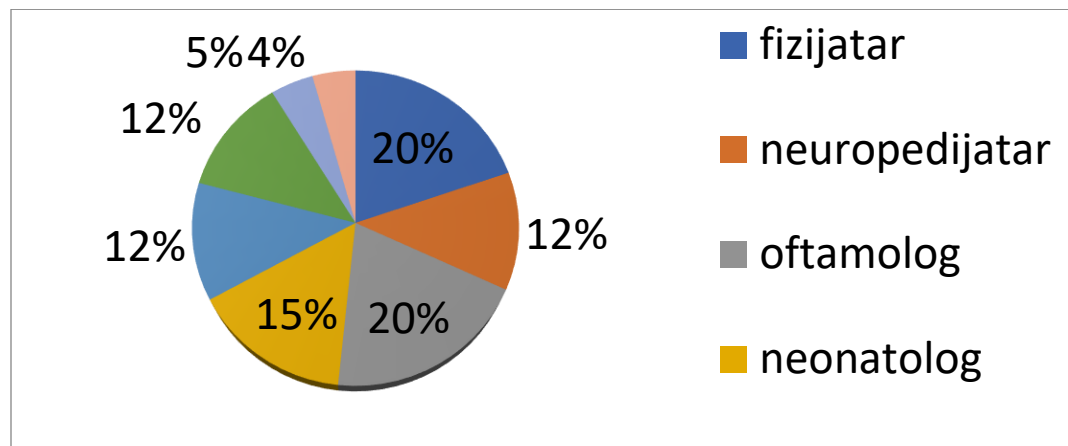
Evaluare și reevaluare

- Procesul de reevaluare are loc după 3-6 luni pentru a identifica progresul serviciilor oferite. Rezultatele evaluării inițiale și a celei curente sunt comparate și interpretate conform vârstei copilului.

Continuarea serviciilor de intervenție timpurie

- După reevaluare și exprimarea opiniei echipei de specialiști în intervenție timpurie, sprijinul profesional acordat în familia copilului cu vârsta până în 3 ani va continua în funcție de nevoile copilului.
- Dacă reevaluarea indică o dezvoltare optimă a copilului în toate ariile de dezvoltare, atunci programul de IT nu mai este necesar, însă părinții sunt sfătuiți să revină la controale periodice la fiecare 3-6 luni, în special în cazul copiilor la risc.

Toate activitățile se bazează pe abordarea transdisciplinară, iar întreaga echipă de intervenție în copilăria timpurie se întâlnește o dată pe săptămână.



Descrierea modelului de intervenție în copilăria timpurie de la Mali dom

Misiunea centrului este de a oferi un model de servicii în ICT la domiciliu, care să fie accesibil, comprehensiv, receptiv și să sprijine familiile în creșterea copilului lor care se află la risc sau care prezintă o întârziere sau o deficiență în dezvoltare, de la naștere și până la vârsta de 3 ani, pentru a consolida sprijinul în atingerea unor obiective de referință în dezvoltare.

Scopul este de a stabili un parteneriat de colaborare cu familiile și de a le încuraja în identificarea și obținerea unor rezultate atât la nivelul familiei cât și din partea copilului care să fie relevante și semnificative pentru ei. Astfel se vor asigura condițiile pentru dezvoltarea completă a potențialului copilului și se vor forma bazele pentru învățarea ulterioară. Prin încurajarea și formarea de competențe membrilor familiei se contribuie și la implicarea și participarea lor activă în cadrul comunității.

Scopul este ca printr-o abordare adecvat dezvoltată și cu roluri și responsabilități clar stabilite pentru toți participanții la procesul de intervenție timpurie să oferim sprijin prin intermediul echipei transdisciplinare într-un stadiu cât mai timpuriu, preferabil după externarea din secția de neonatologie sau măcar în primul an de viață al copilului la risc sau cu întârzieri în dezvoltare când pot fi obținute cele mai bune rezultate în dezvoltarea copilului și suportul familial.

Probleme la care răspunde modelul Mali dom

1. Nu existau servicii de intervenție timpurie la domiciliu stabilite și recunoscute pentru primii ani de viață ai copiilor.
2. Promovare inexistentă sau foarte scăzută a identificării timpurii a copiilor la risc sau cu întârzieri în dezvoltare și lipsa trimerilor acestor copii înspre serviciile existente.
3. Practicile existente erau insuficiente și centrate pe specialiști.



4. Modelele existente erau bazate pe deficiență, pe expertiză și pe servicii.
5. Serviciile erau derulate în scopul remedierii tulburării, problemei, bolii sau a consecinței acesteia.
6. Specialiștii identificau nevoile și luau decizii **PENTRU** familie.
7. Serviciile existente erau fragmentate, specializate și debutau mai târziu decât aveau nevoie copilul și familia.

Soluția care a fost elaborată prin modelul Mali dom:

1. Stabilirea unui model de IT la domiciliu cu dezvoltarea unor protocoale metodologice și cu trimiterea spre servicii cât mai de timpuriu posibil după momentul nașterii.
2. Modelul este bazat pe abilități și resurse, cuprinde competențe și funcționarea pozitivă existentă, iar deciziile se iau **împreună** cu familia și nu **pentru** aceasta.
3. Serviciile sunt bine coordonate și integrate între diferite specializări și sectoare de activitate – utilizându-se o abordare transdisciplinară.
4. Modelul asigură furnizarea serviciilor pentru copii pe cât posibil în mediul lor natural – termenul referindu-se la mediile în care copilul ar participa dacă nu ar suferi de o dizabilitate.
5. În cadrul acestui model s-au încorporat în activitățile de zi cu zi oportunitățile de învățare și strategiile de intervenție.
6. Modelul se axează și pe părinți ca cei care implementează în principal intervenția în cadrul rutinelor familiei. Familiile sunt încurajate în rolul lor de agenți ai schimbării pentru a promova dezvoltarea copilului lor și o participare semnificativă.
7. Grupurile de suport unde părinții vin cu copiii lor la centru, sunt menite să le formeze acestora competențe și să le faciliteze întâlnirea cu diferiți specialiști care să îi sprijine în cadrul activităților și jocurilor care vor fi ulterior încorporate în rutina zilnică pentru a atinge obiectivele pe termen scurt și lung într-o manieră ludică și non intruzivă.
8. Pentru a asigura calitatea serviciilor și în special a interacțiunii dintre membrii echipei în colaborarea cu anumiți copii, am dezvoltat o aplicație software care asigură comunicarea, obiectivele, rapoartele, monitorizarea protocoalelor realizate, etc.

Motivul pentru care această soluție este mai bună decât altele

Lucrul în echipa transdisciplinară reduce posibilitatea confuziei în familie prin reducerea numărului de persoane și specializări cu care aceasta trebuie să interacționeze. Acest model este mai puțin intruziv fiindcă părinții trebuie să construiască o relație cheie și doar un furnizor de servicii le vizitează casa. Comunicarea crescută și eficientizată este considerată un beneficiu fundamental pentru familie. Deoarece nicio specializare nu este mai eficientă decât alta în oferirea serviciilor de intervenție timpurie, în special pentru copiii mai mici de un an, abordarea cros-disciplinară ne asigură de faptul că toți conlucram pentru aceleași rezultate și strategii comprehensive și de faptul că acestea sunt mai aproape de a fi realizate. În ceea ce privește eficiența serviciilor, mai mulți copii pot beneficia de acestea fiindcă un număr mai mic de furnizori



va intra în contact cu copilul, în loc ca fiecare copil să primească o evaluare și o intervenție directă, eliberând astfel alți membri ai echipei pentru a putea lua în evidență și alți copii și pentru a le oferi familiilor mai mult timp în mediul lor în loc să alege de la un serviciu la altul extenuându-se atât pe ei cât și copilul. Familiile vor primi sprijin și prin intermediul unor ghiduri în următoarele 2, 3 sau 4 luni, primind materiale tipărite adaptate nevoilor individuale și specifice. Încorporând oportunitățile de învățare naturală de pe parcursul unei zile într-un mediu cunoscut se va asigura o intervenție acceptată, funcțională și semnificativă pentru familie, încurajând generalizări pentru copil în contextul învățării.

Cum este organizat programul ICT

Serviciile de intervenție timpurie se acordă la domiciliul copilului de către terapeutul de intervenție timpurie care reprezintă persoana cheie. Practica la domiciliu include vizite regulate (una pe săptămână) din partea profesorului psihopedagog care lucrează cu copiii și familiile conform PISF după definirea rezultatelor și a obiectivelor pe termen scurt și lung împreună cu toți membrii echipei și cu familia. Activitățile care se desfășoară la centru sunt oferite drept suport de către specialiști atunci când este nevoie, în special cele din domeniile sau serviciile ce nu pot avea loc acasă – cum sunt terapiile fizice, ocupaționale, de integrare senzorială, înotul, consultările cu un psiholog, grupurile de părinți sau de părinți și copii. În toate aceste activități părinții sunt prezenți, iar desfășurarea lor are loc prin coordonarea de către membrii ai echipei. Grupurile de experiență (părinți și copii) sunt prezentate ca sprijin suplimentar pentru părinți din partea specialiștilor și din partea altor părinți. Metoda de lucru este una continuă și individualizată pentru fiecare familie, în funcție de evaluarea inițială. Obiectivele pe termen scurt și lung decurg din combinarea rezultatelor evaluării inițiale și a consultării părinților referitor la ce consideră ei că ar trebui să învețe copilul lor în etapa următoare. Specialiștii folosesc informațiile obținute de la familie și din profilurile de dezvoltare în planificarea serviciilor de IT. Metoda Mali dom se concentrează pe stabilirea unor medii naturale care oferă contextul activităților de zi cu zi ale familiei și interacțiunilor dintre copil și adulții semnificativi din viața sa.

Câteva dintre principiile generale urmărite sunt:

1. Centrarea pe familie: Familiile reprezintă îngrijitorii principali și educatorii copiilor mici.
 2. Promovarea competenței și funcționării pozitive a familiei.
 3. Construirea competenței: sprijinirea copiilor și a familiilor în utilizarea abilităților existente și dezvoltarea de noi deprinderi.
 4. Conținut bazat pe puncte forte.
-
1. Toți copiii trimiși la centrul nostru au dreptul la o evaluare trans-disciplinară. Evaluarea ne ajută să înțelegem mai bine abilitățile și nevoile copilului și modul în care intervenția timpurie poate fi de folos. În urma evaluării, echipa discută cu familia referitor la priorități,



îngrijorări, pașii de urmat, respectiv oferă răspunsuri la întrebări specifice pe care familia le poate avea.

2. Are loc o primă discuție cu asistentul social și psihologul.
3. Proces de informare – echipa se angajează în acest proces de informare menit să identifice și să sprijine terapeutul principal care va lucra cu familia.
4. Prima vizită acasă – descrierea aspectelor la care părinții se pot aștepta din partea serviciilor la domiciliu pentru a atenua anxietatea.
5. Dezvoltarea Planului Individualizat de Servicii Familiale (PISF) – după 6 săptămâni terapeutul principal realizează PISF în parteneriat cu părinții, pe baza evaluării informațiilor și a priorităților familiei. Acesta include rezultate pentru copil și familie, descrie metodele de învățare și abordările propuse spre utilizare. Va descrie tipul de servicii de care vor beneficia, cine va oferi serviciile, unde, când și la ce interval de timp.
6. Implementarea PISF.

Evaluarea obiectivelor definite se referă la revizuirii de la 3 până la 6 luni în întâlniri menite să reevalueze PISF și PEI. Acest proces poate include noi rezultate – dacă cele vechi au fost atinse sau nu mai prezintă relevanță, schimbarea strategiilor de învățare și a activităților pentru a veni în întâmpinarea noilor rezultate propuse împreună cu schimbarea tipului de serviciu necesar.

Resurse educaționale

Furnizorii serviciilor de IT selecționează materialele de joacă potrivite strategiilor lor de intervenție. Acestea includ diferite obiecte, unele care sunt deja în domiciliile familiilor, altele aduse de terapeut – jucării, jocuri, materiale instructive, obiecte de zi cu zi, piese de construcție. Selectarea și pregătirea materialelor de joacă reprezintă una dintre componentele principale ale serviciului fiindcă acestea își pun amprenta pe mai multe etape ale procesului de intervenție: planificarea, stabilirea bugetului, interacțiunea cu copiii și cu familiile lor, învățarea părinților de a continua jocul terapeutic după încheierea vizitelor. În cadrul vizitelor la domiciliu, terapeuții sunt încurajați să folosească obiectele de joacă din casa familiei respective, în special obiecte cotidiene. Dacă un terapeut aduce materiale de joacă, programul va solicita ca familia să aibă acces la materiale similare.

Cum sunt evaluate nevoile copiilor?

După mai multe decade în care evaluarea copiilor a vizat ceea ce aceștia nu pot să facă, a avut loc o schimbare în evaluare care acum se concentrează pe abilitățile copiilor – ceea ce ei pot să facă.

Această abordare bazată pe punctele forte implică **evaluarea funcțională a tuturor ariilor de dezvoltare**. Se utilizează atât observații clinice cât și diferite instrumente de evaluare. Astfel de abordări pozitive ale evaluării sunt menite să sprijine aprecierea copilului mai degrabă ca un individ cu caracteristici și abilități unice decât cu dizabilități. Nevoile copiilor sunt evaluate de cele mai multe ori prin inventare bazate pe curriculum. Ca specialiști, o astfel de abordare ne ajută



să ne menținem atitudinile pozitive despre aspecte legate de dezvoltarea copilului și despre rolul nostru în modificarea mediului, respectiv în acordarea intervenției.

Cum sunt implicate familiile în serviciile de intervenție?

Metodologia este dezvoltată pe bază de dovezi științifice din practica intervenției timpurii și include:

- (a) Centrarea pe învățarea contextualizată în rutinele familiei;
- (b) Încurajarea implicării copilului în activități din sfera lui de interes;
- (c) Promovarea reacțiilor părinților la activitățile copilului.

Pe parcursul programului de intervenție timpurie echipa de specialiști combină diferite metode pentru a întâmpina nevoile actuale ale copilului și pentru a îmbunătăți dezvoltarea acestuia. Familiile și prioritățile lor sunt unice și depind de mai mulți factori interni și externi. O parte foarte importantă a metodei noastre este planificarea în detaliu a fiecărei etape, de la evaluarea inițială, vizitele la domiciliu, crearea și implementarea PISF, evaluarea finală și realizarea tranziției către alte programe.

Cu ajutorul metodelor noastre se soluționează următoarele aspecte:

1. Lipsa competenței și a reacțiilor adecvate ale părinților;
2. Adaptare îmbunătățită a familiilor la situația curentă;
3. Stimulare adecvată pentru îmbunătățirea dezvoltării copilului;
4. Comunicare de înaltă calitate cu echipa de IT;
5. Colaborare pentru crearea obiectivelor individuale ale familiei și copilului.

Problemele care sunt abordate implică planificarea tranziției pentru familii și copii în momentul în care aceștia sunt pregătiți să renunțe la serviciile echipei de specialiști și să revină la viața de familie. Acest aspect se bazează pe ideea conform căreia copilul este integrat ca întreg și poate fi sprijinit cel mai bine prin servicii coordonate oferite de terapeutul principal cu ajutorul și colaborarea cu echipa alcătuită din specialiști ai diferitelor discipline – printr-o abordare transdisciplinară. Acest lucru este posibil datorită unei comunicări foarte bine structurate între unul dintre membrii echipei de IT și familii.

Programul este consolidat prin **sprijin în cadrul vizitelor la domiciliu, care reprezintă o intervenție bazată pe rutine, axată pe relații și pe implicarea părinților**. Programul folosește practici de încurajare și de sprijin pentru a recunoaște interacțiunile existente ale familiei și activitățile acesteia ca resursă a intervenției.

1. Metodologia se bazează pe practici validate științific din domeniul intervenției timpurii.
2. Principiile și practicile se desfășoară în contextul mediului natural.
3. Parteneriat cu familia
4. Evaluare transdisciplinară care utilizează atât instrumente formale cât și informale pentru colectarea informațiilor într-o bază de date continuă.



5. Planificarea serviciilor și a evaluării sunt activități continue de-a lungul procesului.
6. Echipa de specialiști acceptă și implementează principiile abordării transdisciplinare.

PROTOCOALE ADMINISTRATIVE

În urma evaluării inițiale și a cererii de admitere în cadrul programului de ICT:

PROTOCOLUL INIȚIAL:

1. Comisia de admitere în cadrul programului eliberează o Decizie de admitere.
2. Conversație telefonică inițială – realizată de un asistent social; informează asupra deciziei comisiei și stabilește un acord de discuție în contextul protocolului inițial.
3. Interviu inițial – asistentul social; informează părinții asupra programului, conținutului, modalitatea de implementare, frecvența întâlnirilor; preia date privind istoricul socio-medical; completarea unui chestionar privind evenimentele stresante.
4. În calitate de furnizori de servicii, trimitem decizia oficială de intrare în program către Centrul de Asistență Socială care se ocupă de procesarea administrativă (asistentul social).
5. Interviu inițial – psihologul; nevoile familiei; situația actuală; procesul de adaptare; completarea Scalei de Stres Parental.
6. Prima vizită la domiciliu; se recomandă ca un asistent social/psiholog să însoțească terapeutul principal.
7. Sprijin de specialitate în cadrul Centrului (trimitere spre alte servicii conform planului și programului).
8. Realizarea PISF – psihologul și asistentul social.
9. Întâlnirea cu membrii echipei de specialiști pentru a face schimb de informații culese până în acel moment.

PROTOCOLUL DIN TIMPUL INTERVENȚIEI TIMPURI

1. Prima întâlnire
 - La 3 luni după prima vizită la domiciliu; psihologul împreună cu asistentul social;
 - Verificarea documentelor (dacă au primit decizia din partea Centrului de Asistență Socială; actele – dacă au fost preluate toate actele solicitate); monitorizarea furnizării serviciilor (dacă au debutat cu sprijin de specialitate în familie; frecvența; existența anumitor dificultăți în primirea terapeutului în familie; dacă au început și servicii în cadrul Centrului și care anume);
 - Monitorizarea pregătirii serviciilor (cu particularități aferente fiecărei familii); sunteți mulțumiți de modul în care decurg lucrurile? Care sunt nevoile Dvs. privind sprijinul suplimentar?; ce prevedeți/ credeți/ estimați că ar putea fi important pentru Dvs. în următoarele 6 luni și ce ați dori să faceți ca familie la momentul respectiv?;
 - Prezentarea PISF și verificarea acordului părinților privind obiectivele propuse; schimbări, adăugiri, eliminări;



- Aderarea la grupuri de suport (verificarea participării părintelui la întâlniri și stabilirea datelor și modalităților de notificare).
 - În cazul în care familia nu poate realiza întâlniri frecvente cu un psiholog/ asistent social – sprijin și consiliere individuală;
 - Anunțarea următorului interviu/ monitorizare în funcție de implicarea în grupurile de suport/ experiențiale (planificate în PISF).
2. A doua întâlnire
- Familiile care nu participă la grupuri de suport vor fi monitorizate la fiecare 3 – 6 luni.
 - Pentru familiile care se implică în grupurile de suport sau într-o altă formă de sprijin la sediul Centrului și pe care le monitorizăm astfel, următoarea întâlnire va fi la 12 luni de la prima întâlnire.
3. A treia întâlnire
- De tranziție (depinde de vârsta copilului)
 - Cu 6 luni înainte de ieșirea din program sau la 12 luni de la a doua întâlnire.

PROTOCOLUL FINAL

1. Evaluarea finală.
2. Ultimul interviu cu asistentul social – cu o lună înainte de finalizarea programului (la vârsta de 3 ani).
3. Ultima întâlnire la domiciliu / ultima participare la grupul de suport din Centru.
4. Redactarea deciziei de părăsire a programului și trimiterea unei scrisori oficiale către Centrul de Asistență Socială.

IV.2. CIPRU

A. Politici și legislație

Ministerul Educației și Culturii deservește nevoile copiilor cu dizabilități conform Legii Educației și Formării Copiilor cu Nevoi Speciale din 1999 113(I)/1999 ([http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13\(I\)_99.pdf](http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13(I)_99.pdf)) – 2001 și Reglementărilor Educației și Formării Copiilor cu Nevoi Speciale din 2001 ([http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13\(I\)_99.pdf](http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13(I)_99.pdf)). Această legislație oferă copiilor cu dizabilități toate oportunitățile la o educație echitabilă pentru a-și dezvolta abilitățile la cel mai înalt nivel. Conform prevederilor legii de mai sus, statul completează o evaluare a nevoilor copiilor prin intermediul unei echipe multidisciplinare de evaluare și oferă educație specială și formare de la vârsta de 3 ani și până la finalizarea studiilor. Evaluarea nevoilor fiecărui copil care se presupune că are nevoi speciale se realizează de către Comisiile Districtuale de Educație Specială și Formare a fiecărei provincii, printr-o echipă multidisciplinară.

Singura politică care se aplică în Cipru pentru copii cu dizabilități cu vârsta mai mică de trei ani a fost stabilită în 2001. După o decizie a Consiliului Miniștrilor în 2001, a fost înființat Serviciul de Coordonare a Intervenției în Copilăria Timpurie, sub monitorizarea Comisiei pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Întârziere Intelectuală, o comisie consultativă a legilor publice



care se adresează copiilor preșcolari (cu vârste mai mici de 6 ani) care se confruntă cu tulburări sau dizabilități de dezvoltare. Serviciul sprijină și ghidează familiile asupra utilizării serviciilor care le sunt puse la dispoziție și care îmbunătățesc dezvoltarea copilului în domenii precum limbajul, percepția și îngrijirea personală.

Primul Raport al Republicii Cipru privind implementarea Convenției Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități a fost predat Comitetului ONU al Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități în 2013. În 22-23 martie 2017 acest raport a fost examinat de ONU și a avut loc un dialog între Comitetul ONU și o delegație din Cipru. Pe 8 mai 2017 Comitetului ONU al Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități a elaborat aprecierile și recomandările sale. Printre recomandările făcute se afla Îmbunătățirea serviciilor de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități.

În pofida acestui fapt și a numeroase intervenții în timpul perioadei de negocieri din partea organizațiilor care lucrează cu copii cu dizabilități, noua lege a educației speciale care va apărea în decembrie 2020 nu va cuprinde și copiii cu vârste mai mici de trei ani.

IV.2. CIPRU

A. Politici și legislație

Ministerul Educației și Culturii abordează nevoile copiilor cu dizabilități, așa cum este prevăzut în Legile privind educația și formarea copiilor cu nevoi speciale din 1999 113(I)/1999 ([http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13\(I\)_99.pdf](http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13(I)_99.pdf)) – 2001, și în Regulamentele privind Educarea și Formarea Copiilor cu Nevoi Speciale, din 2001 ([http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13\(I\)_99.pdf](http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/Nomothesia_N%20_13(I)_99.pdf)). Această legislație oferă copiilor cu dizabilități toate oportunitățile pentru educația cu șanse egale de a-și dezvolta competențele la cel mai înalt nivel.

În conformitate cu dispozițiile de bază ale legii de mai sus, statul realizează o evaluare a nevoilor copiilor de către o echipă de evaluare multidisciplinară și oferă educație și formare specială de la vârsta de trei ani până la finalizarea studiilor. Evaluarea nevoilor fiecărui copil, care este considerat ca probabil având nevoi speciale se realizează de către Comitetele districtuale de educație și formare specială din fiecare provincie, cu o echipă multidisciplinară.

Singura politică aplicabilă în Cipru pentru copiii cu dizabilități sub vârsta de trei ani a fost adoptată în 2001. În urma unei decizii a Consiliului de Miniștri, în anul 2001 a fost înființat Serviciul de Coordonare a Intervenției Pentru Copilăria Timpurie, sub monitorizarea Comitetului pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Retard Mintal, un comitet consultativ de drept public, care abordează copiii preșcolari (sub vârsta de 6 ani) care se confruntă cu dizabilități sau tulburări de dezvoltare. Serviciul sprijină și ghidează familiile cu privire la modul de utilizare a serviciilor disponibile pentru ei, care îmbunătățesc dezvoltarea copilului în domenii precum vorbirea, percepția și îngrijirea de sine.

Primul Raport al Republicii Cipru privind implementarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități a fost prezentat Comitetului ONU pentru drepturile persoanelor cu



dizabilități în 2013. La 22-23 martie 2017, primul raport al Republicii Cipru privind punerea în aplicare a Convenției privind drepturile persoanelor cu handicap a fost examinat de Comitetul ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități și a avut loc un dialog între Comitet și delegația Ciprului. La 8 mai 2017, Comisia ONU pentru drepturile persoanelor cu handicap a emis observațiile și recomandările sale finale. Printre recomandările Comisiei s-a numărat îmbunătățirea serviciilor de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități.

În ciuda acestui fapt, și a numeroase intervențiilor organizațiilor care lucrează cu copiii cu dizabilități, în perioada de negociere, noua lege a educației speciale care va intra în vigoare în decembrie 2020 nu se referă la copiii sub trei ani.

R. Programul de Intervenție Timpurie – Școala Sf. Barnaba pentru Nevăzători

De la înființarea sa în 1929, Școala Sf. Barnaba pentru Nevăzători, singura instituție de învățământ de acest gen din Cipru, a oferit sprijin și servicii persoanelor cu dizabilități vizuale de toate vârstele în Cipru. De-a lungul anilor, natura programelor și serviciilor școlii s-a schimbat destul de semnificativ, în primul rând pentru a se adapta diferitelor solicitări care au apărut pentru a răspunde sistemului de educație și politică socială din Cipru și, în al doilea rând, pentru a fi la curent cu tendințele în educația persoanelor cu dizabilități vizuale la nivel mondial. La începutul anilor 1980, Școala a făcut primele încercări de a organiza și de a derula un Program de Intervenție Timpurie pentru copiii cu dizabilități vizuale. Programul de intervenție timpurie se numără printre puținele servicii care nu numai că au rămas intacte în acești ani, dar accentul pe el a fost mărit, deoarece credem că atunci când intervenția este oferită mai devreme și este adaptată, putem formula țeluri înalte pentru elevii noștri. Faptul că Ciprul este o insulă mică, cu o populație mai mică de un milion de locuitori, și are o suprafață geografică mică, permite identificarea timpurie a cazurilor de copii cu dizabilități vizuale și furnizarea de sprijin și servicii pe o bază foarte personală, oferind o perspectivă asupra nevoilor individuale.

Programul este oferit pe bază de "voluntariat", deoarece implementarea programelor pentru copiii sub vârsta de trei ani nu este prevăzută nici în legislație, nici în planul de lucru al educatorilor. Recunoscând rolul important pe care o familie joacă în viața unui copil, programul este bazat pe familie. Părinții și îngrijitorii nu sunt doar beneficiarii serviciilor, ci sunt membri activi în planificarea și implementarea programului de intervenție.

În prezent, programul nostru de intervenție timpurie oferă servicii de reabilitare continuă, individualizată, unu-la-unu copiilor cu dizabilități vizuale și celor cu dizabilități asociate, din momentul identificării. Programul nostru include activități cum ar fi:

- instruirea și sprijinirea părinților sau îngrijitorilor care, în multe cazuri, sunt bunici, pentru a-i abilita să stimuleze dezvoltarea copilului lor și să accedă la serviciile și resursele necesare,
- formarea profesioniștilor care lucrează cu copii cu dizabilități vizuale în mediul școlii de masă, cum ar fi creșe, grădinițe sau centre de terapie, pentru a-și spori capacitatea de a răspunde nevoilor acestor copii,



- munca directă cu copiii pentru a oferi experiențe vitale de învățare, alfabetizare și socializare,
- oferirea de grupuri de suport de care copiii, părinții și îngrijitorii beneficiază într-un mod eficient, deoarece aceste grupuri formale și informale stabilesc un mediu în care participanții pot împărtăși idei, experiențe și preocupări similare pentru dezvoltarea copiilor lor.

Principală preocupare a programului este de a depune efort spre o mai bună îngrijire și dezvoltare a copilului. Prin urmare, programul se caracterizează printr-o cooperare fructuoasă între toate persoanele implicate, precum și respectul față de mediul fiecărui copil.

Programul se adresează oricărui copil care este considerat din punct de vedere legal a avea **dizabilități vizuale**, ceea ce înseamnă, a cărui acuitate vizuală este sub 1/10 la cel mai bun ochi, chiar și cu utilizarea oricăror lentile corective sau ochelari.

Acești copii și familiile lor sunt, de obicei, trimise de către:

- neurologi pediatri,
- Departamentul de Genetică Clinică al Spitalului de Copii,
- pediatri,
- rudele și prietenii sau alți părinți din program,
- alte asociații care desfășoară programe de intervenție timpurie,
- din proprie inițiativă, după ce caută pe internet.

După sesizare/ recomandare:

1. Primul contact cu familia se face cu asistentul social al Școlii. Această comunicare se efectuează fie prin telefon, fie la biroul asistentului social, de obicei fără prezența copilului. În timpul acestei prime comunicări, există un schimb reciproc de informații. Familia oferă informații cu privire la istoricul copilului, precum și la etapele actuale de dezvoltare atinse, la beneficiile și indemnizațiile pe care familia le primește, la programul de terapie al copilului, la mediul școlar, dacă acesta este înscris. Asistentul social adună, de asemenea, toate documentele disponibile cu privire la dizabilitatea copilului. Ulterior, asistentul social asigură legătura cu echipa multidisciplinară, iar un profesor specializat în domeniul **dizabilităților vizuale** este repartizat copilului respectiv.

2. A doua vizită are loc, de obicei, la Școala Sf. Barnaba pentru nevăzători. Sunt prezenți asistentul social, psihologul și profesorul pentru **dizabilități vizuale**. Asistentul social asistă familia să completeze toate actele necesare pentru ca familia să obțină beneficiile și indemnizațiile disponibile. Psihologul interviează părinții pentru a completa istoria copilului (un document elaborat de Ministerul Educației și Culturii care urmărește să colecteze informații despre copil, istoricul medical, obiceiurile, medicația și etapele de dezvoltare). Profesorul pentru **dizabilități vizuale** lucrează direct cu copilul pentru a face o primă evaluare a vederii funcționale și a nivelului de dezvoltare al copilului. Echipa se întâlnește, de asemenea, cu familia și oferă câteva informații despre programul de intervenție timpurie al Școlii. În cazul în care copilul se apropie de vârsta de trei ani, echipa informează familia cu privire la drepturile sale în ceea ce privește educația publică



gratuită și îi asistă în completarea tuturor documentelor necesare pentru a începe procesul de evaluare de către Minister.

3. Echipa efectuează o vizită la domiciliu pentru a observa copilul în mediul său natural. Aceste vizite oferă, de asemenea, posibilitatea de a se întâlni cu alți îngrijitori, cum ar fi bunici sau bone, în scopul de a oferi unele direcții în îngrijirea copilului. În cazul în care copilul frecventează o creșă, echipa poate vizita locația, pentru a oferi sprijin celor implicați în educația / îngrijirea copilului.

4. Pe baza unui număr de factori (copilul care frecventează alte medii, părinții care lucrează, severitatea dizabilităților, vârsta copilului), echipa prezintă o propunere familiei care ar putea include vizite săptămânale, o dată la două săptămâni sau lunare la Școala Copilului și la cel puțin unul dintre îngrijitori.

5. Evaluare – Profesorul specializat pentru **dizabilități vizuale** în strânsă cooperare cu terapeutul ocupațional și fizioterapeutul efectuează o evaluare aprofundată a copilului.

Pe baza rezultatelor, echipa planifică Planul individualizat de intervenție, care mai târziu este prezentat și discutat cu familia. Echipa este formată dintr-un asistent social, un psiholog, profesori pentru **dizabilități vizuale**, terapeut ocupațional, fizioterapeut, specialist în orientare și mobilitate, terapeut muzical.

Instrumente de screening și evaluare

□ Scala Wechsler de Inteligență pentru Preșcolari și Școlari (Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence – WPPSI), Autor(i): David Wechsler, Anul publicării: 2013

WPPSI™-IV Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence™ | Ediția a patra este o măsurătoare inovatoare a dezvoltării cognitive pentru preșcolari și copii mici, fundamentată pe teoria și cercetarea contemporană. Interval de vârstă: 2 ani 6 luni la 7 ani 7 luni. Testul a fost standardizat în limba greacă.

□ Testul A' (Alpha) al Pregătirii pentru Școlaritate (A' (Alpha) Test for School Readiness, 2007). Ideal pentru copiii cu vârsta de 5 ani pentru a verifica pregătirea lor școlară. Investighează dacă un copil are sau nu abilitățile și maturitatea necesare pentru a începe școala primară.

□ Testul de acuitate Cardiff, (Keeler). Testul Cardiff pentru acuitate, proiectat de Dr. J Margaret Woodhouse, este o selecție de imagini care atrag privirea preferențială, concepută pentru a măsura acuitatea la copii mici cu vârsta cuprinsă între 1-3 ani și la persoanele cu dizabilități intelectuale. Testul combină principiile privirii preferențiale și a optotipurilor care dispar. Se bazează pe premisa că un copil, atunci când i se prezintă două modele diferite, se va fixa pe imagine, mai degrabă decât pe un stimul simplu. Testul utilizează imagini care îl vor interesa pe copil (casă, mașină, rață etc.) poziționate fie în partea de sus, fie în partea de jos a unui card gri. Există unsprezece niveluri de acuitate vizuală, cu trei carduri la fiecare nivel.

□ Sistemul de testare a vederii Kay Picture Test permite măsurători timpurii ale acuității vizuale ale copiilor foarte mici și ale celor cu dizabilități de învățare.



□ Observarea vederii funcționale: elaborată de profesorii specializați în dizabilități vizuale de la Școală, a fost adaptată după »Vedere pentru a face - Evaluarea vederii funcționale a elevilor care prezintă dizabilități multiple».

□ Tactual Profile (Royal Visio). Profilul tactil este un instrument de observare a funcționării tactile la copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 16 ani care prezintă afectare severă a vederii. (www.tactualprofile.org). Acest instrument se bazează, de asemenea, pe observare și pe activități structurate.

□ Evaluarea profilului senzorial (Sensory Profile Assessment) oferă o imagine de ansamblu a modelelor de procesare senzorială ale unui copil. Rezultatele profilului senzorial sunt utilizate pentru a lua în considerare modul în care aceste pattern-uri ar putea contribui la sau crea bariere în calea performanței unui copil în viața de zi cu zi. Sunt examinate opt domenii principale ale input-ului senzorial, inclusiv auditiv, vizual, nivelul de activitate, gustul/mirosul, poziția corpului, mișcarea, atingerea și emoțional/social.

IV. 3. GERMANIA

A. Politici și legislație

Legea federală de participare BTHG

- BTHG este implementarea în legislația germană a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități.
- Scopul său este de a îmbunătăți viața persoanelor cu handicap.
- Definiște o modalitate de a trece de la conceptul de bunăstare la a duce o viață determinată de persoana cu dizabilități.
- Asigură dezvoltarea continuă a asistenței de integrare centrată pe persoana în cauză.
- Oferă fiecărui beneficiar al serviciilor de servicii adaptate exact nevoilor individuale
- Optimizează cooperarea cu centrul de reabilitare.

Legea federală privind participarea și intervenția timpurie

- Revendicarea pentru servicii de la naștere până la începutul școlii.
- Definiția serviciului de sprijin, complex interdisciplinar.
- Combinație de servicii educaționale medicale și de remediere.
- Servicii pentru asigurarea interdisciplinarității. Implicarea mai puternică și obligatorie a asigurătorilor de sănătate în intervenția timpurie a serviciului de sprijin complex.



- Furnizarea de servicii medico-terapeutice, ca parte a serviciului de asistență complexă intervenție timpurie care nu se bazează prioritar pe prevederile ghidurilor privind remediile curative.
- Legea statului poate prevedea și alte reguli, de exemplu admiterea altor instituții care oferă o gamă comparabilă de intervenție și tratament, de exemplu, centre de zi pentru copii.

Directiva privind depistarea timpurie și intervenția timpurie a copiilor cu dizabilități (Directiva privind intervenția timpurie - FrühV).

Data emiterii: 24.06.2003,

„Directiva privind intervenția timpurie din 24 iunie 2003 (Legile germane I S. 998), care este modificată de articolul 23 din Legea din 23 decembrie 2016 (Legile germane I S. 3234)”

***Notă:** Modificată de articolul 23G din 23.12.2016 I 3234 (nr. 66), text dovedit, dar neîncheiat încă procesat din punct de vedere al documentației.*

Preambul

Ministerul Federal German al Sănătății și Securității Sociale dispune următoarele în baza articolului 32 nr. 1 din Volumul al nouălea al Codului social - Reabilitarea și participarea persoanelor cu handicap - (articolul 1 din Legea din 19 iunie 2001, Legea germană I S. 1046, 1047), modificată cel mai recent de articolul 1 nr. 3 din Legea din 3 aprilie 2003 (Legea germană I S. 462):

§ 1 Domeniul de aplicare

Delimitarea între serviciile prestate de centrele de intervenție timpurie interdisciplinare și centrele sociale de pediatrie în conformitate cu § 46 alineatele 1 și 2 din Volumul al nouălea al Codului social referitoare la depistarea timpurie și intervenția timpurie a copiilor cu handicap și copiii amenințați de handicap care nu frecventează încă școala, asumarea și împărțirea costurilor între autoritățile de reabilitare implicate, precum și acordul de taxe sunt reglementate de următoarele reglementări:

§2 Detectarea timpurie și intervenția timpurie

Serviciile în conformitate cu § 1 includ:

1. servicii de reabilitare medicală (§ 5)
2. servicii educaționale de remediere (§ 6) și
3. servicii suplimentare (§ 6a).

Serviciile necesare vor fi efectuate de centre de intervenție timpurie interdisciplinare adecvate din punct de vedere profesional, de instituții autorizate în conformitate cu legislația statului cu o gamă



comparabilă de servicii de intervenție, tratament și consultanță interdisciplinară și de centre de pediatrie socială, luând în considerare copiii mediu social.

§ 3 Centre interdisciplinare de intervenție timpurie

Centrele sau instituțiile interdisciplinare de intervenție timpurie autorizate în conformitate cu legislația statului cu o gamă comparabilă de servicii de intervenție, tratament și consiliere interdisciplinară în sensul prezentei directive sunt servicii și instituții axate pe familie și locul de reședință, care servesc la depistarea timpurie, tratamentul și susținerea copiilor, în cooperare interdisciplinară cu experți medico-terapeutici și pedagogici calificați, pentru a detecta o dizabilitate amenințată sau deja existentă în cel mai scurt timp și pentru a compensa și atenuarea dizabilității prin măsuri de intervenție și tratament direcționate. Serviciile centrelor și instituțiilor de intervenție timpurie interdisciplinară autorizate în conformitate cu legislația statului cu o gamă comparabilă de servicii de intervenție, tratament și consiliere interdisciplinară sunt, în general, furnizate într-un formular ambulator, inclusiv mobil.

§ 4 Centre social-pediatrie

În conformitate cu § 119 alineatul 1 din Volumul al cincilea al Codului social, centrele social-pediatrie în sensul prezentei directive sunt instituțiile abilitate să ofere tratament ambulatoriu social-pediatric copiilor. Detectarea timpurie, diagnosticul și tratamentul de către centrele social-pediatrie se concentrează asupra copiilor care, din cauza naturii, gravității sau duratei handicapului lor sau a dizabilității amenințate, nu pot fi tratați de către medici potriviți sau centre de intervenție timpurie interdisciplinare sau instituții autorizate în conformitate cu legislația statului, cu o gamă comparabilă de servicii de intervenție, tratament și consultanță interdisciplinară (§ 3). Serviciile centrelor social-pediatrie sunt în general furnizate sub formă de ambulatoriu sau, în cazuri individuale justificate, în formă mobilă sau în cooperare cu centrele de intervenție timpurie.

§ 5 Servicii de reabilitare medicală

(1) Serviciile medicale care urmează să fie furnizate ca parte a serviciilor de reabilitare medicală în conformitate cu § 46 din Volumul al nouălea al Codului social pentru depistarea precoce și intervenția timpurie includ în special:

1. Tratamentul medical, inclusiv necesar lucrări medicale în scopul depistării și diagnosticării precoce.
2. Servicii social-pediatrie nemedicale, servicii psihologice, educative de remediere și servicii psiho-sociale.
3. Servicii medico-terapeutice, în special kinetoterapie, fizioterapie, voce, vorbire și



limbaj, precum și ergoterapie, atâta timp cât sunt necesare pe baza planului de intervenție și tratament în conformitate cu § 7.

Furnizarea de servicii terapeutice, ca parte a serviciului complex de asistență, intervenția timpurie nu se bazează, în principiu, pe dispozițiile orientărilor privind măsurile de remediere emise de Comitetul federal mixt. Serviciile medicale-terapeutice sunt furnizate ca parte a serviciului complex de sprijin intervenție timpurie în conformitate cu prevederile și pe baza planului de intervenție și tratament.

(2) Serviciile în conformitate cu paragraful 1 includ, de asemenea, sfaturi pentru părinți sau tutori legali, în special:

1. Discuție inițială.
2. Discuții anamnestice cu părinții și alte persoane de contact.
3. Comunicarea diagnosticului.
4. Discuție și sfaturi cu privire la intervenție și plan de tratament.
5. Schimb de opinii cu privire la procesul de dezvoltare și intervenție a copilului, inclusiv probleme de comportament și relații.
6. Îndrumare și asistență în proiectarea vieții de zi cu zi de rutină.
7. Îndrumări privind implicarea în intervenție și tratament.
8. Asistență în sprijinirea persoanelor de contact în tratarea bolii sau handicap.
9. Comunicarea ofertelor suplimentare de ajutor și sfaturi.

(3) Acordurile suplimentare la nivel de stat nu sunt afectate

§ 6 Servicii educaționale de remediere

Serviciile educaționale de remediere în urma articolului 79 din Volumul al nouălea al Codului social include toate măsurile care promovează dezvoltarea copilului și personalitatea acestuia cu metode educaționale, inclusiv asistența socială și educațională, psihologică și psihosocială precum și sfaturi pentru părinți sau tutori legali; § 5 alineatele 2 și 3 se vor aplica după caz.

§ 6a Servicii suplimentare



Serviciile suplimentare, ca parte a serviciului complex de asistență, în intervenția timpurie sunt în special:

1. Sfatul, sprijinul și încurajarea părinților și a tutorilor legali ca serviciu medical-terapeutic, în conformitate cu § 5 paragraful 2.
2. Consultare neobligatorie la nivel scăzut pentru părinții care suspectează un risc pentru dezvoltarea copilului lor. Oferta de discuții ar trebui să aibă loc înainte de efectuarea unei evaluări inițiale.
3. Servicii pentru asigurarea interdisciplinarității; acestea sunt în special:
 - a) discuții periodice inter-disciplinare de echipă și de caz, inclusiv prin cooperarea cu angajații implicați,
 - b) documentarea datelor și constatările,
 - c) coordonarea și schimbul de opinii cu alte instituții care participă la copil,
 - d) formare avansată și supraveghere
4. Forme mobile de furnizare a serviciilor de remediere educațională și medicale-terapeutice în afara centrelor sau instituțiilor de intervenție timpurie interdisciplinară autorizate în conformitate cu legislația statului cu o gamă comparabilă de servicii de intervenție, tratament și consiliere interdisciplinară și centre de pediatrie socială.

Forma mobilă de intervenție timpurie interdisciplinară poate fi furnizată atât din motive tehnice, cât și din motive organizaționale, de exemplu distanțe de călătorie intolerabile în zona rurală. Prin urmare, o indicație medicală nu este o condiție necesară pentru furnizarea mobilă a intervenției timpurii a serviciului complex de asistență.

§ 7 Planul de intervenție și tratament

- (1) Centrele de intervenție timpurie interdisciplinară, instituțiile autorizate de legea statului cu o gamă comparabilă de servicii de intervenție, tratament și consiliere interdisciplinară și centrele de pediatrie socială pregătesc în scris sau electronic serviciile, probabil solicitată ca urmare a necesității individuale de intervenție și tratament de către §§ 5 și 6 în cooperare cu părinții sau tutorii legali într-un plan de intervenție și tratament elaborat interdisciplinar și să transmită acest lucru autorităților de reabilitare implicate în urma articolului 14 din Volumul al nouălea al Codul social pentru decizia lor. Planul de intervenție și tratament este ajustat în funcție de cursul intervenției și tratamentului, cel târziu după ce au trecut 12 luni. În acest sens, autoritățile de reabilitare se asigură continuu că procedura respectă cerințele relevante. Planul de intervenție și tratament va fi semnat de medicul și specialistul



educațional responsabil cu efectuarea serviciilor de diagnosticare în conformitate cu § 5 alineatul 1 nr. 1. Părinții sau tutorii legali primesc o copie a planului de intervenție și tratament.

- (2) Componentele de serviciu necesare trebuie să fie denumite în planul de intervenție și tratament și este necesară o justificare a motivului pentru care acest lucru poate fi furnizat numai interdisciplinar sub forma particulară a serviciului de sprijin complex.
- (3) Planul de intervenție și tratament poate recomanda, de asemenea, intervenția și tratamentul într-o instituție diferită, de către un medic pediatru sau furnizarea de remedii curative.

§ 8 Furnizarea serviciului de asistență complexă

- (1) Serviciile necesare pentru intervenție și tratament după §§ 5 și 6 vor fi furnizate de autoritățile de reabilitare în cauză pe baza planului de intervenție și tratament cu responsabilitate generală ca serviciu holistic de sprijin complex. O cerere pentru serviciile necesare poate fi depusă la toate autoritățile de reabilitare implicate. Autoritatea de reabilitare căreia i se depune cererea informează imediat autoritățile de reabilitare implicate în serviciul de sprijin complex. Autoritățile de reabilitare implicate se consultă între ele și decid asupra serviciului în termen de două săptămâni de la prezentarea planului de intervenție și tratament.
- (2) Cu excepția cazului în care autoritățile de reabilitare implicate decid ceva contrar, autoritatea de reabilitare responsabilă de serviciile care urmează articolului 6 decide asupra serviciilor de sprijin complexe de către centrele de intervenție timpurie interdisciplinară, precum și asupra instituțiilor autorizate de legea statului cu o -intervenția disciplinară, tratamentul și gama de servicii de consiliere, precum și cu privire la autoritatea de reabilitare responsabilă cu serviciile care urmează § 5 decide asupra serviciilor complexe de sprijin de către centrele social-pediatrice.
- (3) În cazul în care autoritatea de reabilitare oferă servicii ca parte a serviciului de sprijin complex pentru care este responsabilă o altă autoritate de reabilitare, autoritatea responsabilă de reabilitare este obligată să ramburseze costurile. Sunt permise acorduri de rambursare forfetară.
- (4) Centrele de intervenție timpurie interdisciplinară, instituțiile autorizate de legea statului cu o gamă comparabilă de servicii de intervenție, tratament și consultanță interdisciplinară și centrele sociale de pediatrie funcționează împreună. Mai mult, ei lucrează împreună cu medici, organizații care oferă remedii curative și alte centre implicate în depistarea precoce și intervenția timpurie, cum ar fi serviciul de sănătate publică. În cazul în care alte agenții sunt implicate în serviciul de sprijin complex prin legea statului, acestea ar trebui, de asemenea, să fie implicate în grupurile de lucru ale organismelor care implică detectarea timpurie și intervenția timpurie.

§ 9 Alocarea costurilor serviciului complex de asistență



Plata sau repartizarea costurilor între autoritățile de reabilitare implicate în serviciile care urmează să fie furnizate în urma §§ 5, 6 și 6a vor fi tratate în modul prevăzut la § 46 paragraful 5 din al nouălea volum al Codului social.

§ 10 Data intrării în vigoare

Prezenta directivă va intra în vigoare în prima zi a lunii calendaristice următoare anunțării sale.

Comentariu final

Camera superioară a parlamentului („Bundesrat”) și-a dat acordul.

Principiile de bază și termenii-cadru și condițiile de detectare timpurie și intervenție timpurie sunt stipulate în § 46 SGB IX (până la 31.12.2017 § 30 SGB IX) și în Directiva privind intervenția timpurie - FrühV. Acestea au fost, de asemenea, modificate prin Legea federală de participare („BTHG”). Noi sunt în special conținutul intervenției timpurii a serviciului de asistență complexă din § 6a FrühV, căruia îi aparțin, printre altele, oferta la nivel scăzut a unei discuții consultative, precum și asigurarea interdisciplinarității.

B. Program educațional - BLINDENINSTITUT MUNICH, GERMANIA

Fiecare ofertă de intervenție timpurie constă în general din trei secțiuni:

1. Consultare neobligatorie (Offenes Beratungsangebot)

Echipa de intervenție timpurie vă informează cu privire la serviciile pe care le oferă și determină dacă este necesară o evaluare suplimentară.

2. Evaluarea inițială (Eingangsdagnostik)

Diverse discipline de specialitate cooperează de obicei în domeniile lor.

O nevoie specifică de sprijin pentru copilul dumneavoastră este determinată în colaborare cu medicul curant și dumneavoastră.

Acest lucru poate duce la următoarele recomandări:

- Reintroducerea la o urnă ulterioară.
- Acceptarea copilului în programul de intervenție timpurie.
- Recomandare pentru un alt program de intervenție timpurie sau practică medicală terapeutică rezidentă.
- Nu este necesară nicio intervenție.



3. Sprijin și tratament (Förderung und Behandlung)

Intervenția necesară și măsurile de sprijin sunt coordonate individual în funcție de nevoile copilului și ale familiei. Implementarea obiectivelor elaborate împreună include atât sprijinul copilului, cât și reflectarea continuă a serviciilor specifice și pașii de dezvoltare de la toți specialiștii din echipa de intervenție timpurie interdisciplinară, care sunt implicați în sprijinul copilului în diferite grade.

Planul de sprijin și tratament (Förder- und Behandlungsplan) (FBP)

FBP este o bază pentru garantarea educației curative și a măsurilor psihologice de către administrația de asistență socială, precum și a serviciilor medicale / terapeutice prin intermediul organizațiilor de asigurări de sănătate. Măsurile necesare și întinderea lor sunt determinate în colaborare cu medicul care acordă asistență și angajații relevanți de la centrul de intervenție timpurie, în consultare cu părintele.

FBP este generat în etapa de evaluare inițială sau direct după aceea. De obicei, **FBP** este refăcut după maximum 12 luni. În cazul în care apar schimbări în ceea ce privește Serviciile prescrise sau organizația de asigurări de sănătate în timpul perioadei de creditare, trebuie să se elibereze imediat un nou **FBP**. Acest lucru asigură compensarea financiară a tuturor Serviciilor. **FBP** include formularul (suport individual sau de grup), precum și frecvența unităților de tratament.

Serviciul de asistență complexă (Komplexleistung)

În plus față de educația curativă și serviciile de asistență psihologică timpurie, serviciile medicale / terapeutice vor fi, de asemenea, prescrise copiilor, dacă este necesar și furnizate de echipa de intervenție timpurie interdisciplinară, astfel încât familiile să primească toate serviciile de la o singură entitate.

Datorită bazinelor hidrografice supraregionale, ar putea fi convenite reguli speciale pentru copiii cu deficiențe senzoriale pentru centrele de intervenție timpurie (contract-cadru / atașament 9).

În plus față de serviciile de educație curativă, există diferite oportunități pentru copilul dvs. de a primi sesiunea medicală / terapeutică (fizioterapie; ergoterapie; logopedie) a serviciului de sprijin complex:

- prin terapeuții de la Blindeninstitut;
- prin terapeuții rezidenți din apropiere;
- prin terapeuți în centrul local de intervenție timpurie;
- prin terapeuți în centrele sociale de pediatrie;
- ca parte a asistenței pentru îngrijirea copilului dumneavoastră.



Serviciul educațional curativ „Izolot” (.jsolierte “heilpädagogische Leistung) fără tratament medical / terapeutic).

În cazuri individuale, este posibil, sa optati pentru dvs. și copilul dvs., doar pentru serviciul educațional curative, dacă copilul dumneavoastră nu are nevoie de niciun tratament medical/terapeutic.

Numărul de unități de tratament (Anzahl der Behandlungseinheiten)

În fiecare an, există în mod obișnuit 72 de unități de tratament disponibile. Unitățile de tratament cuprind 60 de minute, dintre care 45 de minute sunt alcătuite din sarcinile necesare legate de copil și părinte. Celelalte 15 minute includ pregătirea și postprocesarea, discuții externe, precum și documentarea diagnosticului procedural și de închidere. Asta înseamnă, de asemenea, că diagnosticarea procedurală necesară și evaluarea lor sunt incluse ca parte a celor 72 de unități de tratament. Dacă, de exemplu, sunt necesare analiza video și/sau crearea de materiale de sprijin individuale, aceasta va fi înregistrată ca parte a unităților de tratament rămase disponibile. Acest lucru se aplică și este valabil și în cazul consultațiilor telefonice.

Unitățile de tratament medical / terapeutic (Medizinisch-therapeutische Behandlung, iseinhei (logopedie, ergoterapie, fizioterapie).

Se poate desfășura în cadrul practic al Institutului Blinden /Centrul local de intervenție timpurie / centrul de pediatrie socială / centrul de îngrijire (ambulatoriu) sau, dacă este necesar, acasă (mobilitate) și include tratament, ședințe cu părinții, pregătire și postprocesare.

Vizitarea unui centru preșcolar pentru nevoi speciale (Schulvorbereitende Einrichtung, SVE) Sau un centru de zi.

Contractul-cadru permite, de asemenea, copilului să fie deservit de specialiștii noștri de intervenție timpurie la înscrierea într-o grădiniță sau într-o unitate preșcolară cu nevoi speciale dacă copilul dvs. nu vizitează nicio unitate specială pentru copiii cu deficiențe de vedere sau nevazatori.

Măsuri complementare, cum ar fi integrarea individuală (Einzelintegration, EI) în centrele de zi.

Acord-cadru - instituțiile de asistență socială și companiile de asigurări de sănătate finanțează complexul de servicii medicale și terapeutice

Legea participării federale - implementează Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități din 2009 - Includere, participare

Regulament de intervenție timpurie - cerințe legale

Profesor curativ educațional (aprox. 6 ani) +

Echipă Interdisciplinară de Intervenție



Concept de inițiere

Timpurie

Formare continuă 10 module
(aprox. 60 zile)



(profesori curatori, educatori, ortoști,
fizioterapeuți, logopezi)

Diagnostic inițial

- Anamneză
- Descoperire ortoptică
- Perm și alte descoperiri neurologice dezvoltamentale

Informații pentru părinți

- Consultație
- Contacte cu grădinița,
Școli, medici, centre socio-
pediatrice

Rapoarte anuale de dezvoltare

IV.4. GRECIA

A. Politici și legislație

1. Decizia ministerială 16065 / 17-04-2002 (Monitorul Guvernului Republicii Elene 497 / τ.Β´ / 22-4-2002) menționează că copiii cu vârsta cuprinsă între 6 luni și 5 ani pot participa la creșă școlă. Cu toate acestea, actuala decizie ministerială subliniază că existența programelor nu este obligatorie.
2. Legea 3699/2008 (Monitorul Guvernului Republicii Elene 199 -A- 2-10-2008) intitulată „Educație specială a persoanelor cu dizabilități și / sau nevoi educaționale speciale”. Această lege se referă la noțiunea de programe de intervenție timpurie în grădinița publică de vârstă pentru prima dată în Grecia. Grădinița (nipiagogeio) din Grecia este prima etapă formală de învățământ preșcolar care oferă servicii copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 6 ani și, din 2006, este obligatorie pentru copiii cu vârste cuprinse între 5 și 6 ani .. Conform acestei legi, studenții din 4-7 ani pot participa la aceste programe. De asemenea, prezenta lege instituie Centre pentru Diagnostic, Diagnostic și Sprijin Diferențial (KE.DDY) și își definește obligațiile pentru a elabora propuneri pentru implementarea programelor de intervenție timpurie. Legea în cauză subliniază că includerea este realizabilă prin: a. diagnostice medicale la începutul anilor și, b. programe sistematice de intervenție timpurie.
3. Decizia ministerială 211076 / ΓΔ4 / 13-12-2018 (Monitorul Guvernului Republicii Elene 5614 / Β / 13-12-2018) a înlocuit „Centrele de diagnosticare diferențială, diagnosticare și sprijin” în „Centre de sprijin educațional și de consiliere ”(KESY) punând accent pe programele de intervenție timpurie. Legea 5614 clarifică faptul că profesorii preșcolari, psihologii și asistenții sociali din educația specială sunt responsabili de implementarea



programele de intervenție timpurie. Profesorii din învățământul preșcolar din educație specială - inclusiv profesorii de limbă a semnelor -, în colaborare cu personalul Centrelor de sprijin pentru educație și consiliere (KESY), sunt însărcinați cu proiectarea și implementarea programelor de intervenție timpurie cu scopul de a-și sprijini elevii, precum și familiile. Psihologul, în colaborare cu personalul Centrelor de sprijin educațional și de consiliere (KESY), profesorii preșcolari din educația specială și membrii familiilor, propune programe de implementare luând în considerare problemele de evaluare continuă și reflecție asupra progresului și eficacității elevilor. Pe de altă parte, asistentul social, în colaborare cu echipe interdisciplinare, contribuie la dezvoltarea de programe personalizate sau de grup psihoeducaționale și didactice de sprijin sau contribuie la proiectarea și implementarea programelor de intervenție timpurie. Merită menționat aici că, în ciuda faptului că rolul terapeuților vorbirii, terapeuților ocupaționali și fizioterapeuților este semnificativ în programele de intervenție timpurie, 5614 Legea nu le menționează ca membri indispensabili ai echipelor interdisciplinare KESY în ceea ce privește programele. În cele din urmă, legea 5614 pune accentul pe dizabilitățile senzoriale (adică orbirea, vederea slabă, surditatea și deficitul de auz), subliniind importanța limbajului semnelor și braille.

4. Decizia ministerială 47305 / 12.12.2018 (Monitorul Guvernului Republicii Elene B'5571 / 12.12.2018) prevede că statul poate subvenționa participarea copiilor la programe de intervenție timpurie care se încadrează în patru categorii pe baza ICD 10 (adică R46.3: Supraactivitate; R46.4: Lentitudine și reacție slabă R62.8: Altă lipsă de dezvoltare fiziologică normală preconizată și, R62.9 Lipsa dezvoltării fiziologice normale așteptate, nespecificată) (ICD-10 Versiunea 2016. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/R50-R69>). În cele din urmă, conform Deciziei ministeriale menționate mai sus, dacă legea de stat referă un copil la experți specifici, cum ar fi: psihiatri, pediatri (pediatrie de dezvoltare) și neurologi, atunci se acordă subvenții familiei pentru un număr limitat de sesiuni de intervenții timpurii (patru în total).

Se poate sublinia faptul că, deși serviciile de intervenție timpurie sunt în principal între 0 luni și 3 sau 4 ani, legislația greacă nu face nicio referire la serviciile ECI pentru copiii cu dizabilități numai de la vârsta de 3 ani. Conform drepturilor omului și a persoanelor cu dizabilități Raport alternativ Grecia 2019, de Confederația Națională a Persoanelor cu Dizabilități (NCDP), o slăbiciune de bază a sistemului educațional grecesc este accesul foarte limitat la intervenția timpurie și la serviciile preșcolare pentru copiii cu dizabilități, servicii care sunt de fapt furnizate de câțiva agenții neguvernamentale. Dezvoltarea structurilor publice de intervenție timpurie, prevăzută de Legea 3699/2008, nu a fost încă lansată (Monitorul Guvernului 2008b). Conform raportului CRPD, statul grec nu are o abordare armonizată a dizabilităților bazată pe drepturile omului în legislație și în cadrul legislativ existent pentru mecanismul de evaluare a dizabilităților și că colectarea datelor privind persoanele cu dizabilități din stat se asociază în continuare cu modelul medical al dizabilității (Sănătate). Sondaj 2019), astfel este fragmentat, nesistematic și incomplet. CRPD a subliniat în mod explicit lipsa unui cadru legislativ cuprinzător care să



garanteze tratamentul egal, protecția împotriva discriminării și sprijinul individualizat. Puține spitale publice care oferă asistență pentru intervenția timpurie urmează modelul medical, ceea ce înseamnă că oferă servicii de reabilitare, cum ar fi fizioterapie, terapie ocupațională sau logopedie centrate în mediul spitalicesc. Părinții trebuie să decida, ei înșiși, ce tip de servicii și sprijin pot oferi copilului lor. Tipului de servicii și sprijin pot oferi copilului lor. Astfel, părinții pot găsi, accesa și beneficia de aceste servicii într-o etapă târzie, după vârsta de doi sau trei ani a copilului. După cum s-a menționat, serviciile de intervenție timpurie pot fi găsite în zonele urbane și în principal în cele mai mari două orașe din Grecia, Atena și Salonic. Din păcate, zonele rurale și mai ales insulele grecești nu au disponibilitate de servicii, nu numai în ceea ce privește intervenția timpurie, ci chiar și serviciile de reabilitare din sectorul privat.

Principalele provocări

Grecia, în prezent, se confruntă cu următoarele provocări descrise în sondajele oficiale și în special pentru serviciile ECI centrate pe familie, care vizitează domiciliul de mai bine de 15 ani: Există o lipsă de cartografiere oficială la nivel de stat a serviciilor furnizate de la instituțiile private și publice (pe vârstă și tip de serviciu), astfel încât, astfel încât să fie evidențiat orice decalaj, decalajul instituțional pentru servicii care vizează familiile și copiii cu dizabilități sub vârsta de 2,5 ani este deosebit de vizibil. Există, de asemenea, o lipsă de informații pentru personalul comunitar de asistență socială cu privire la serviciile disponibile și, în consecință, îndrumări limitate pentru familii, în special în ceea ce privește serviciile de vizitare la domiciliu.

În plus, neajunsurile structurale ale sistemului de bunăstare se referă la:

- Fără finanțare / incertitudine pentru sustenabilitatea serviciilor care sunt finanțate în cea mai mare parte de instituții private.

- Lipsa unui obiectiv / sistem comun pentru asigurarea calității, controlul, măsurarea impactului și evaluarea serviciilor furnizate. Lipsa unui astfel de sistem expune familiei și copilului vulnerabil la riscuri mari.

- Situația este deosebit de împovărătoare în provincie, unde stigmatul social și accesul la orice serviciu sunt limitate sau absente. Grădinițele sau grădinițele oferă în principal îngrijire privată de libertate și unele servicii educaționale 5 zile pe săptămână (Doliopoulou și Kontoyianni, 2003). Grădinițele și grădinițele se află sub auspiciile Ministerului Sănătății și Solidarității Sociale împreună cu autoritățile locale corespunzătoare.

În total, programele de intervenție timpurie din Grecia sunt concepute și implementate de mai multe organizații, cum ar fi:

- a. sectoare publice,
- b. instituții private,
- c. organizații non-profit,



- d. asociații ale părinților copiilor cu dizabilități și
- e. organizații nonguvernamentale (Tavoulari, Katsoulis și Argyropoulos, 2014).

Fiecare dintre organizațiile de mai sus oferă programe de intervenție timpurie pentru diferite tipuri de vârstă (adică 0-4 sau 2-6 sau 0-6 ani), în principal pentru că există un tip de flexibilitate cu privire la acest subiect în legislația relevantă. Mai mult, serviciile speciale pentru sugari sunt oferite de departamentele neonatale și de dezvoltare ale clinicilor de pediatrie. Aceste secțiuni oferă diagnostice timpurii și oferă programe de intervenție timpurie, dar acest lucru are loc numai în zonele urbane.

Procedura de screening și evaluare, în Grecia, este efectuată în conformitate cu modelul medical și numai de către medici, cum ar fi genetici, dezvoltatori și neurologi. După ce diagnosticul are loc, copiii sunt de obicei direcționați către profesioniști privați, cum ar fi logopezi, psihologi, psihiatri etc. pentru intervenții terapeutice (Tzouriadou, Vouyoukas, Anagnostopoulou și Michalopoulou, 2015). Copiii cu vârsta sub 4 ani nu participă de obicei la procedurile de evaluare. Evaluarea este legată în principal de performanța elevilor în cadrul sistemului de educație formală, care în Grecia îi privește pe copiii de la vârsta de 4 ani și peste. Ca rezultat, evaluarea educațională inițială a copiilor trebuia să fie efectuată de către profesori de grădiniță sau de către Centrele de sprijin educațional și de consiliere (KESY) cu acordul părinților.

În Grecia, programul de intervenție la domiciliu care oferă servicii de intervenție timpurie copiilor cu deficiențe de vedere și cu dizabilități multiple este realizat de două organizații non-profit:

- a. „Asociația părinților și prietenilor oamenilor cu deficiențe de vedere și cu dizabilități suplimentare, Amymoni” și,
- b. „Părinții și prietenii copiilor cu deficiențe de vedere cu dizabilități suplimentare, Sizoi”.

În plus, există un Departament pentru Educație și Asistență pentru Creșe, care funcționează în cadrul Centrului pentru Educație și Reabilitare pentru Nevăzători și „ELEPAP- Reabilitare pentru persoanele cu dizabilități”.

B. Programe UE și alte proiecte europene de cercetare

„Promovarea comunicării eficiente pentru persoanele cu deficiențe de vedere și dizabilități multiple” (PrECIVIM). Proiectul este implementat de Universitatea din Tesalia și finanțat de Fondul Social European (Programul Erasmus +, KA2), (Numărul Acordului de proiect 2017-1-EL01-KA201-036289).

Argyropoulos, V., Nikolarazi, M. și Papazafiri, M. (în presă). Rute alternative către alfabetizare pentru persoanele cu surdocecitate: rolul tehnologiei de asistență. În S. Easterbrooks și H. Dostal (Eds), *Oxford Handbook of Deaf Studies in Literacy*. Oxford: Oxford University Press.



Argyropoulos, V., Nikolarazi, M., Papazafiri, M. și Kanari, C. (2019). Comunicarea eficientă pentru persoanele cu deficiențe de vedere și cu dizabilități multiple: Cazul proiectului PrECIVIM. <i>Proceedings of the 7th ICEVI Balkan Conference</i> , 20 - 23.10 2019, Sofia, Bulgaria
Argyropoulos, V., & Papazafiri, M. (2017). Investigarea procedurilor exploratorii tactile ale elevilor cu dizabilități multiple și cu deficiențe de vedere: tendințe actuale în educație. <i>A 10-a conferință anuală internațională de educație, cercetare și inovare</i> , Sevilla, Spania, 16-18 noiembrie 2017, 2023-2029. Disponibil la: https://library.iated.org/publications/ICERI2017
Argyropoulos, V., Papazafiri, M. și Kanari, C. (2018). Abilități comunicative, rețele de cooperare și formare a cadrelor didactice cu privire la educația copiilor cu dizabilități multiple și cu deficiențe de vedere. <i>Rețeaua Conferinței Panhelenice de Exerciții Practice</i> . Universitatea din Tesalia. Volos, Grecia. [Αργυρόπουλος, Β., Παπαζαφείρη, Μ. & Κανάρη, Χ. (2018). Επικοινωνιακές δεξιότητες, δίκτυα συνεργασίας και επιμόρφωση εκπαιδευτικών στην εκπαίδευση παιδιών με πολλαπλές αναπηρίες και σοβαρά προβλήματα όρασης ή τυφλοκώφωση. Πανελλήνιο Συνέδριο Δικτύου Πρακτικών Ασκήσεων. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος (în greacă)].
Argyropoulos, V. și Thymakis, P. (2014). Dizabilități multiple și deficiențe vizuale: un proiect de cercetare a acțiunii. <i>Jurnalul deficienților de vedere și nevazatori</i> , 108 (2), 163-167.
Barbas, G., Birbili, M., Stagiopoulos, P. și Tzivinikou, S. (2006). Un studiu pilot al factorilor care afectează procesul de integrare în școlile grădinițe. <i>European Journal of Special Needs Education/Jurnal European in Educatie Speciala</i> , 21 (2), 217-226, DOI: 10.1080 /08856250600600950
Bargiota, SI, Bozikas, VP, Garyfallos, G., McGuire, P. (2018). Servicii de intervenție timpurie în Grecia: Este timpul să ne concentrăm asupra persoanelor cu risc crescut. <i>Psychiatriki</i> , 29 (1), 58-63.
Doliopoulou, E. (2006). Sistem de educație timpurie / îngrijire și profesionalizare în Grecia. Adus de la: http://www.ifp.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifp/commissioned_report_greece.pdf
Kidoniatou, E., Andriotou, S. și Drosinou, M. (2011). Programe de intervenție timpurie în educația specială preșcolară. Un studiu de caz în Mytilini. <i>Inspectia problemelor educaționale</i> , 17, 182-198 [Κυδωνιάτου, Ε., Ανδριώτου, Σ. & Δροσινού, Μ. (2011) Προγράμματα Πρώιμης Παρέμβασης σε Νηπιαγωγεία Ειδικής Αγωγής. Ένα παράδειγμα από Νηπιαγωγεία της Μυτιλήνης. Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων, 17, 182-198. (în greacă)]
Laloumi-Vidali, E. (1998). Așteptările părinților cu privire la serviciile din prima copilărie pentru copiii preșcolari: Cazul schimbării politicii în Grecia. <i>Jurnalul</i>



<i>internatjonal de educație timpurie</i> , 6 (1), 19-30.
Lambidi, A. și Polemi-Todoulou, M. (1992a). Copilul preșcolar: instituții de stat, setări și proceduri de adaptare în realitatea greacă modernă. <i>Psychologica Themata</i> , 5 (4), 325–347 [Λαμπίδη, Α. & Πολέμη- Τοδουλου, Μ. (1992). Το παιδί προσχολικής ηλικίας: θεσμοί της πολιτείας, χώρος και διαδικασίες κοινωνικής ένταξης στη σύγχρα Ψυχολογικά θέματα, 5 (4), 325-347. (în greacă)].
Neofotistou, K. Foriadou, E., Kontaxakis, E., Giagazoglou, P., Tsimaras, V & Sidiropoulou, M. (2014). Satisfacția părinților cu serviciile de intervenție timpurie pentru copiii cu deficiențe de vedere și cu dizabilități multiple în Grecia. <i>Jurnalul de educație fizică și sport</i> , 14 (1), 60-65
Orfanos, P. (2006). <i>Programul de intervenție educațională axat pe dezvoltarea Abilităților comunicative la elevii cu surdocecitate</i> . Universitatea de Științe Sociale și Politice Panteion: teză de doctorat. (în greacă)
Panteliadis, CP, Hagel, C., Karch, D. și Heinemann, K. (2015). Paralizia cerebrală: o provocare pe tot parcursul vieții cere o intervenție timpurie. <i>Jurnalul deschis de neurologie</i> , 9, 45-52. DOI: 10.2174 / 1874205X01509010045
Papazafiri, M. (2018). Investigarea și identificarea strategiilor exploratorii tactile utilizate de elevii cu deficiențe de vedere și cu dizabilități multiple. Teză nepublicată, Volos, Universitatea din Tesalia [Παπαζαφείρη, Μ. (2018). Διερεύνηση και χαρτογράφηση των στρατηγικών αφής που χρησιμοποιούνται από μαθητές με αναπηρία όρασης κα Διδακτορική Διατριβή, Βόλος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. (în greacă)].
Papazafiri, M. și Argyropoulos, V. (2018). Profesori de tehnologie de asistență și educație specială: cazul studenților cu dizabilități multiple și cu deficiențe de vedere. <i>Conferinta Proceedings of EDULEARN18</i> , (5485- 5492), 2-4 iulie 2018, Palma, Mallorca, Spania.
Petrogiannis, K. (2010). Îngrijirea și educația copilăriei timpurii în Grecia: Câteva realitati despre cercetare și politici. <i>Jurnalul internațional al copilăriei timpurii</i> , 42, 131-139. doi: 10.1007 / s13158-010-0016-4
Rentzou, K. (2010). Folosirea ACEI Global Guidelines Assessment pentru a evalua calitatea îngrijirii timpurii a copiilor în medii grecești. <i>Jurnalul de educație timpurie</i> , 38, 75-80. doi: 10.1007 / s10643-010-0382-4
Tavoulari, A., Katsoulis, P., Argyropoulos V. (2014). Intervenție timpurie în Grecia: situația actuală și propunerea pentru viitor. În M. Vuković, cea de-a 8-a Conferință internațională științifică de educație specială și reabilitare astăzi. (pp. 117-125), Belgrad: Universitatea din Belgrad - Facultatea de Educație Specială și Reabilitare



<p>Tzouriadou, M., Vouyoukas, C., Anagnostopoulou, E. și Michalopoulou, LE (2015). Intervenția timpurie a copiilor de grădiniță cu risc de dizabilități de dezvoltare: o paradigmă greacă. <i>Jurnalul dizabilității intelectuale - diagnostic și tratament</i>, 3 (4), 238-246.</p>
<p>Vonikaki, I. și Toumazani, E. (2015). Un program grecesc de vizitare la domiciliu a intervenției timpurii a copiilor pentru sugarii cu deficiențe de vedere și preșcolarii cu sau fără dizabilități suplimentare: Reflecții actuale și viziuni. <i>Activarea accesului pentru persoanele cu deficiențe de vedere</i>, 220-227</p>
<p>Zeza M. și Stavrou PD (2010). Program de cercetare în domeniul surdo-orbirii: cadrul profilului cognitiv și comunicativ al elevilor surdo-orbi și aplicarea planului educațional de intervenție. <i>Al 28-lea Congres Mondial al Asociației Internaționale de Logopedie și Foniatică (IALP): „Unde științele comunicării întâlnesc arta culturii</i>, 469-473.</p>
<p>Zeza M., Stavrou PD. (2015) Program de intervenție educațională pentru studenții cu surdocecitate. În: Tan Y., Shi Y., Buarque F., Gelbukh A., Das S., Engelbrecht A. (eds) <i>Advances in Swarm and Computational Intelligence. ICSI 2015. Note de curs în informatică</i>, 9142. Springer, Cham</p>
<p>Zeza, M. și Stavrou, P. (2015). Program de intervenție la studenții surzi-orbi. Un plan educațional pentru conștientizarea schemei corporale. În: G. Kouroupetroglou (eds). <i>Permiterea accesului pentru persoanele cu deficiențe de vedere</i>, <i>Lucrări de la Conferința Internațională ICEAPVI-2015</i>, Atena, Grecia, 12-14 februarie 2015. Disponibil la: http://access.uoa.gr/ICEAPVI-2015/proceedings.html</p>
<p>Zeza, M. & Stavrou, P. (2016). Perceperea conceptului de timp prin utilizarea cardurilor de secvență temporală tactilă: un plan educațional de intervenție pentru elevii cu surdocecitate. <i>A 8-a Conferință Internațională privind Educația și Noile Tehnologii de învățare</i>, Barcelona, Spania, 4-6 iulie 2016. Disponibil la: https://library.iated.org/publications/EDULEARN16</p>
<p>Zeza, M. (2007). Dezvoltarea conceptului de timp prin prisma studenților cu surdocecitate. <i>Lucrări de la a 5-a Conferință Științifică Panhelenică în Educație Specială</i>. 193-201.</p>

C. Pregătirea specialiștilor Programe universitare

După cum sa menționat mai sus, programele de intervenție timpurie în Grecia sunt concepute și implementate de organizații precum: a. sectoarele publice, b. instituții private, c. organizații non-profit, d. asociații ale părinților copiilor cu dizabilități și e. organizații neguvernamentale (Tavoulari, Katsoulis și Argyropoulos, 2014). Aceste programe de intervenție se referă la centre de zi, grădinițe și grădinițe (Doliopoulou, & Kondoyianni,



2003; OECD, 2018; Petrogiannis, 2010), iar o mare varietate de profesioniști este implicată în compunerea multor echipe interdisciplinare. Mai exact:

Centrele de zi și creșele au trei categorii principale de profesioniști:

- a. profesor de grădiniță (nipiagogos),
- b. profesor de creșă și îngrijire a copilului (vrefonipiagogos / vrefonipiokomos) și,
- c. asistent didactic pentru creșe și îngrijirea copiilor (voithos vrefonipiagogou)

(Doliopoulou, 2017)

Profesorii care lucrează în creșe sunt absolvenți ai unuia dintre cele trei departamente relevante ale Institutelor Tehnologice Superioare din țară (a se vedea mai jos), în timp ce asistenții asistenților medicali dețin în mod normal o diplomă de învățământ postliceal ca urmare a absolvirii unui curs de formare de 2 ani.

1. Departamentul de Educație Timpurie, Institutul de educație tehnologică, Atena.
În anul 2019, departamentul a fost modernizat și redenumit - Departamentul de educație și îngrijire în copilăria timpurie, Universitatea de West Attica. *
2. Departamentul de Educație Timpurie, Facultatea de Sănătate și Îngrijire medicală, a Institutului de Educație Tehnologică Alexander din Salonic.
3. Departamentul de educație și îngrijire în copilăria timpurie, Universitatea din Ioannina

*** Department of Education and Care in Early Childhood, University of West Attica.**

Departamentul de Educație și Îngrijire în Copilăria Timpurie, Universitatea de West Attica.

Programa cuprinde cursuri relevante pentru intervenția timpurie, după cum urmează:

1. Interacțiuni timpurii

În timpul acestui curs, studenții studiază abilitățile de comunicare pentru copiii de la 0 la 2 ani, precum și dezvoltarea relațiilor dintre intimitatea adulților. În plus, studenții au posibilitatea de a urmări factorii care pot avea un impact asupra așteptărilor părinților cu privire la copilul lor. În cele din urmă, multe probleme sunt discutate prin intermediul acestui modul, cum ar fi factorii culturali, natura dizabilităților de dezvoltare și modalitățile de modelare a interacțiunilor timpurii.

2. Educația antepreșcolară I și II

„Educația antepreșcolară” oferă studenților posibilitatea de a studia nevoile copiilor cu vârsta cuprinsă între 1-3 ani și factorii care pot influența și modela conținutul Educației Antepreșcolare.

3. Observarea sistematică a sugariilor și copiilor mici.



În timpul acestui curs, studenții a. se familiarizează cu diferite tipuri și metode de observare și, b. realizează că abilitățile de observare sunt considerate a fi foarte importante, deoarece prin intermediul acestora, profesioniștii identifică orice modificare a condițiilor de sănătate sau a tiparelor de comportament ale copilului. Drept urmare, ei sunt capabili să organizeze un cadru educațional eficient care să răspundă nevoilor unui grup sau nevoilor unui copil.

4. Îngrijirea zilnică pentru sugari și copii mici

Prin cursul „Îngrijire zilnică pentru sugari și copii mici”, studenții aprofundează semnificația îngrijirii zilnice și analizează noțiunea de „calitate” în cadrul educației și îngrijirii.

5. Dezvoltarea și comunicarea limbajului

Studenții studiază principiile comunicării și dezvoltării limbajului, precum și etapele relevante din acest domeniu. În plus, studenții sunt invitați să studieze și să investigheze influența factorilor - cum ar fi dizabilitatea (senzorială și de dezvoltare) - asupra comunicării și dezvoltării limbajului.

6. Colaborarea cu familiile

Scopul cursului este, pe de o parte, de a înțelege importanța relației familiei copilului cu profesioniștii și, pe de altă parte, de a spori înțelegerea studenților cu privire la structura și funcția familiilor.

7. Intervenție timpurie și incluziune

În timpul acestui curs, studenții discută și analizează programele de intervenție timpurie, acțiunile și activitățile care au loc pentru a sprijini copiii și familiile lor în termeni de echitate și incluziune.

8. Mediul pedagogic pentru sugari și copii mici

Acest curs își propune să ofere cunoștințe de bază despre semnificația unui mediu educațional bine organizat pentru sugari și copii mici.

9. Managementul tranziției în preșcolaritate

Acest curs își propune să ofere cunoștințe și experiență cu privire la managementul tranzițiilor în viața unui preșcolar (adică de acasă la creșă sau de acasă la grădiniță).

Pentru mai multe informații: <https://ecec.uniwa.gr/>

Asistenții cadrelor didactice din creșe lucrează ca personal auxiliar calificat. Trebuie să urmeze un curs într-o instituție publică sau privată de formare profesională sau un liceu vocațional, iar după aceea sunt autorizați să lucreze cu copii cu vârsta cuprinsă între 2 luni și 6 ani (Doliopoulou, 2017).

Curriculum de intervenție timpurie este inclus și aplicat în programul grădinițelor special, în cadrul cărora profesorii lucrează, construiesc, implementează și evaluează, pe baza studiilor și experienței lor (Kydoniatou, și colab., 2009). Personalul este format, în principal, din cadre



didactice preșcolare complet calificate care au absolvit unul din cele 12 departamente universitare de învățământ preșcolar din țară.

1. Departamentul de Educație Specială, Universitatea din Tesalia *
2. Departamentul de Educație Timpurie, Universitatea Națională și Kapodistriană
3. Departamentul de Educație Timpurie, Universitatea din Tesalia
4. Departamentul de Științe ale Educației și Educație timpurie, Universitatea din Patras
5. Departamentul de Educație Preșcolară, Universitatea din Creta
6. Departamentul de Educație Timpurie, Facultatea de Educație a Universității din Macedonia de Vest **
7. Departamentul de Științe ale Educației în Copilăria Timpurie, Universitatea Democrit din Tracia
8. Departamentul de Educație Preșcolară și Design Educațional, Universitatea din Marea Egee
9. Departamentul de Educație Primară, Universitatea din Marea Egee
10. Departamentul de Educație Timpurie, Universitatea din Ioannina
11. Departamentul de Politici Educaționale și Sociale, Universitatea din Macedonia
12. Școala de Educație Timpurie, Universitatea Aristotel din Salonic ***

Chiar dacă departamentele universitare de mai sus își actualizează cursurile în mod constant, cursurile care sunt relevante pentru programele de intervenție timpurie sunt încă în număr redus.

*** Departamentul de Educație Specială, Universitatea din Tesalia**

Programa Departamentului Educației Speciale include 2 module privind intervenția timpurie. Mai precis:

1. Depistarea timpurie și intervenția timpurie.

În cadrul acestui modul studentul are posibilitatea de a studia: etapele dezvoltării cognitive și motorii a copiilor, factorii biologici și de mediu de „risc ridicat” în ceea ce privește dezvoltarea de tulburări de neurodezvoltare, proiectarea și implementarea programelor de intervenție, tipurile de echipe interdisciplinare și rețeaua colaborativă, servicii care oferă programe de intervenție timpurie, precum și tipuri de sprijin familial.

2. Dezvoltarea limbajului copiilor cu dizabilități auditive: Rolul intervenției timpurii

Scopul actualului modul este de a permite studenților să asimileze cunoștințe și abilități în legătură cu dezvoltarea limbajului copiilor cu dizabilități auditive (DA) și rolul intervenției timpurii. În cadrul acestui modul sunt abordate următoarele teme: a) eterogenitatea lingvistică a copiilor cu DA, b) semnificația și caracteristicile intervenției timpurii în familie, c) principalele principii de comunicare cu copiii cu dizabilități auditive în limba greacă sau în limbajul semnelor grecesc, d) utilizarea auzului funcțional în rândul copiilor DA, e) rolul alfabetizării emergente în dezvoltarea limbajului copiilor DA în limba greacă sau în limbajul semnelor grecesc.



**** Departamentul de Educație Timpurie, Facultatea de Educație a Universității din Macedonia de Vest**

Programa Departamentului de Educație Timpurie include 1 modul privind intervenția timpurie. Mai exact:

Depistarea timpurie și prevenirea dificultăților de învățare în grădiniță

Studentii studiază diferite tipuri de proceduri de evaluare pentru copiii cu dificultăți de învățare și cu tulburări de limbaj.

Pentru mai multe informații: <https://uowm.gr/>

***** Școala de Educație Timpurie, Universitatea Aristotel din Salonic**

Programa Școlii de Educație Timpurie include 1 modul privind intervenția timpurie. Mai exact:

Prevenirea și sprijinul psihologic pentru sugarii și antepreșcolarii cu dizabilități.

Studentii studiază modele de intervenție timpurie împreună cu diferențele individuale și elementele culturale ale mediului familial. În cadrul acestui modul, elevul învață elementele de bază ale psihologiei dezvoltării, precum și elementele de bază ale sănătății mintale a copilăriei timpurii.

Mai multe informații: <https://www.nured.auth.gr/dp7nured/>

Luând în considerare cele menționate anterior, se poate argumenta că intervenția timpurie în Grecia nu este dezvoltată în mod sistematic și, prin urmare, programele de intervenție timpurie nu pot acoperi în mod adecvat nevoile reale contemporane (Drossinou și Kaderoglou, 2005). Unele motive potențiale ale acestei inadecvări sunt: lipsa de centre și profesioniști specializați, lipsa de formare a profesioniștilor și lipsa unei rețele productive între diferite servicii și organizații (Tavoulari, Katsoulis și Argyropoulos, 2014).

D. 1. Programul de Intervenție Timpurie (E.I.P.) - AMIMONI

„Intervenția timpurie a copiilor (ITC) cu dizabilități vizuale” oferă servicii în Attica din 2004, pentru mai mult de 150 de familii, implementând un program ITC. Este un program educațional, centrat pe familie, (vizite la domiciliu), care susține copiii cu dizabilități vizuale de la naștere până la vârsta de șase ani **cu sau fără dizabilități** asociate și familiile lor. Programul are loc în fiecare săptămână. Uneori programul are loc la două săptămâni, în funcție de nevoile copilului și ale familiei.

Din 2016 am dezvoltat un serviciu la distanță pentru sprijinirea familiilor din regiunile îndepărtate ale Greciei. Acesta constă într-o evaluare a dezvoltării funcționale a vederii copilului,



care are loc fie în organizația noastră din Atena, fie la domiciliu și este urmată de sprijin prin telecomunicații către familie sau educatorii / terapeuții copilului.

În plus, serviciile de intervenție timpurie sunt flexibile. Mai exact, echipa de intervenție timpurie poate oferi servicii specifice sau limitate (în ceea ce privește frecvența, conținutul sau durata), în funcție de solicitările și nevoile familiilor, cum ar fi evaluarea vederii funcționale a copilului, a percepției tactile și a etapelor de dezvoltare ale copilului. Această evaluare poate avea loc în centrul de zi și / sau în casa familiei și este urmată de evaluări scrise și sugestii de activități educaționale. Un alt aspect îl constituie numărul specific de vizite la domiciliul familiilor din Atica sau din suburbiile din Attica, realizat de echipa de intervenție timpurie care au loc într-un anumit interval de timp. Se pot oferi servicii flexibile în cazurile în care copilul are unele probleme grave de sănătate și nu poate urma programul săptămânal.

Scopul Programului de Intervenție Timpurie este de a promova potențialul de dezvoltare și abilitățile copilului, de a încuraja încrederea în sine și de a sprijini îndeaproape familia și îngrijitorii. Săptămânal - au loc vizite la domiciliu familiei, unde scopul principal al intervenției este de a sprijini dezvoltarea și bunăstarea emoțională a copilului, precum și de a sprijini interacțiunea dintre îngrijitor- copil, pentru a împuternici familia cu privire la rolul său și pentru a promova incluziunea sa socială. Promovarea abilităților vizuale funcționale reziduale în mediul natural al copilului, alături de conștientizarea corpului, percepția tactilă și auditivă și sprijinul orientării și mobilității, mișcarea grosieră și fină, precum și activitățile zilnice de auto-îngrijire sunt câteva dintre posibilele domenii țintă ale intervenției.

Sesiunea constă în activitățile pe care educatorul le desfășoară cu copilul (până la o oră) și conversația (consiliere și sprijin) cu părintele. În timpul intervenției cu copilul, este necesară prezența și implicarea părintelui. Părintele sau îngrijitorul este menit să observe activitățile, modul în care copilul răspunde la acestea și înțelege indicii și capacități de comunicare ale copilului. Apoi, îl invităm pe părinte să se implice în activitate și să încerce să repete modul de „joacă” în viața de zi cu zi. În timpul conversației cu părintele, pot fi abordate diverse subiecte, cum ar fi dezvoltarea copilului, înțelegerea dizabilității vizuale, adaptări ale spațiului casei, problemele de sănătate, dificultățile sau emoțiile părintelui, prioritățile părintelui, rutina zilnică, nevoile și aspirațiile pentru viața lor de familie etc.

În paralel cu sprijinul săptămânal din partea specialistului pe educație timpurie, familiile primesc sprijin de consiliere de la psihologul, psihiatrul copilului sau asistentul social al programului. Frecvența acestor sesiuni este planificată în funcție de nevoile familiei. Ceea ce încercăm să implementăm este că fiecare familie care intră în program are cinci sesiuni în primul an din program. Experiența noastră a arătat că aceasta este cea mai provocatoare perioadă și majoritatea părinților beneficiază de acest sprijin. După această perioadă, sesiunile de consiliere ale părinților au loc mai sporadic și în funcție de nevoile lor.

În plus, asistentul social al programului nostru este disponibil pentru a facilita familiilor informații cu privire la legile referitoare la drepturile copiilor cu dizabilități, sprijinul financiar disponibil și procedurile respective și facilitarea rețelelor și a conexiunii la alte servicii sociale sau instituții care oferă servicii persoanelor cu dizabilități. Asistentul social poate, de asemenea, să



informeze părinții cu privire la alte servicii disponibile pentru copilul lor, poate comunica sau însoți familiile la serviciile de sănătate, dacă este necesar și va comunica cu alte instituții de învățământ (școli publice, școli speciale, servicii publice de evaluare educațională) la care participă copilul.

Famiiliile sunt susținute suplimentar, dacă este necesar, de specialistul în orientare și mobilitate, fizioterapeutul și logopedul Amimoni.

Protocol de intrare în program (Condiții și proceduri pentru participarea la program)

Un copil are dreptul să primească servicii din cadrul programul nostru atunci când el / ea are un diagnostic vizual. Familiile sunt direcționate către programul nostru de obicei de către neurologi, medici pediatri, optometriști, școli speciale și alți părinți. Protocolul de intrare în program are următorii pași:

1. **Pasul 1 admiterea:** se efectuează prin comunicarea telefonică de către asistentul social al echipei. În această fază inițială a EIP, colectăm informațiile necesare despre copil și familie cu privire la informații de bază despre istoricul medical al copilului, etapele de dezvoltare (ședința, mersul pe jos, mâncarea, vorbirea etc.), situația actuală (jocul, somnul), comportament etc., terapie sau program școlar și, bineînțeles, așteptările părinților.
2. **Pasul 2 Sesiunea introductivă:** are loc la domiciliul familiei. În această sesiune, asistentul social și un specialist pe intervenție timpurie vizitează familia cu scopul de a informa despre Amimoni, funcția E.I.P. și să ia date referitoare la istoricul medical complet al copilului. Echipa colectează, de asemenea, informații despre viața de zi cu zi și rutina copilului. În această sesiune, părinții au timpul necesar pentru a-și spune povestea și a-și exprima sentimentele. Părinților li se prezintă, de asemenea, Acordul-cadru cu Programul de intervenție timpurie Amimoni, care descrie structura și funcția programului, precum și drepturile și obligațiile ambelor părți. Echipa noastră are ocazia să se întâlnească cu copilul și să-l observe într-o situație naturală. Un formular detaliat de istoric medical este completat din interviul cu părinții și din dosarul medical. Aceste informații sunt esențiale pentru pregătirea evaluării (pasul patru). Ulterior, asistentul nostru social scrie raportul social pentru dosarul familiei. Din această procedură, echipa poate avea o idee inițială despre nevoile familiei de a dezvolta un plan familial.
3. **Pasul 3 vizită la Amimoni:** Familia face o vizită la sediul Amimoni pentru a întâlni Asociația și membrii echipei. Are loc o discuție cu managerul de program și directorul științific al Amimoni / Psihiatrul copilului și se va întâlni cu responsabilul consiliului de administrație. În această vizită, părinții semnează Acordul-cadru cu programul și, dacă doresc, se înscriu ca membri ai Amimoni.
4. **Pasul 4 Evaluare:** Evaluarea are loc în mediul familial și poate fi realizată în una sau două sesiuni. Doi specialiști pe intervenție timpurie efectuează întotdeauna prima evaluare, iar părinții sunt întotdeauna prezenți.



La finalizarea acestor pași, familia intră în program. În primele sesiuni, le prezentăm părinților conceptul de evaluare a vederii funcționale a copilului lor și care sunt nevoile sale de dezvoltare. În urma acestor sesiuni timpurii, care permit o evaluare mai amănunțită a copilului, ne-am stabilit obiectivele inițiale (planul educațional) care sunt cuprinse în Planul educațional de cooperare cu părinții.

Echipa multidisciplinară de intervenție timpurie (EIMT) - rol și funcții

După evaluare, specialiștii pe intervenție timpurie discută concluziile lor cu echipa multidisciplinară. Echipa multidisciplinară de intervenție timpurie (EMIT) este formată dintr-un manager de dezvoltare a programului, doi psihologi, un asistent social și doi terapeuți ocupaționali, un educator special și directorul științific-psihiatru copilului. Managerul Amimoni poate participa, de asemenea, la aceste întâlniri. EMIT decide ce specialist pe intervenție timpurie și consultantul care vor prelua familia, pe baza diferitelor criterii care vizează nevoile familiei. Este posibil ca această decizie să aibă loc după sesiunea introductivă dacă EMIT dispune de toate informațiile necesare.

EMIT poate solicita consultări cu privire la aspecte specifice de la specialistul în orientare și mobilitate, fizioterapeutul și logopedul centrului de zi din Amimoni, dacă este necesar.

În cele din urmă, EMIT, și în mod specific, specialistul pe intervenție timpurie, au o comunicare constantă cu ceilalți terapeuți care lucrează cu copilul sau cu școala copilului. Adesea se desfășoară ședințe comune cu ceilalți terapeuți. Dacă copilul frecventează școala, echipa noastră vizitează școala pentru a avea cea mai strânsă cooperare și pentru a oferi sugestii despre ajustări care ar fi utile pentru copil. Echipa comunică și cu medicii și optometristul, cu care familia cooperează.

Echipa noastră se întrunește în fiecare săptămână timp de două ore. În fiecare întâlnire 1) echipa poate prezenta un caz (plan educațional și plan familial), 2) discută evaluările, 3) exprimă dificultăți și emoții, 4) schimbă expertiză pe probleme specifice, 5) ia decizii cu privire la intervențiile referitoare la familie dacă este în dificultate sau în criză și 6) rezolva probleme administrative. La fiecare două săptămâni, echipa noastră are supraveghere externă de la un psihoterapeut pentru copii.

Instrumente de evaluare utilizate de E.I.P. de Amimoni.

1. **CVI Range** - Roman Lantzy, C. A. (2018) Cortical Visual Impairment: An Approach to Assessment and Intervention. New York: American Foundation for the Blind.

CVI Range este un „instrument utilizat pentru a efectua o evaluare funcțională a vederii și este construit având în vedere un scop specific: determinarea gradului de impact sau amploarea efectului CVI” (Roman-Lantzy, 2018). Este implementat atunci când există semne (antecedente medicale, observație, interviu cu părinții) că copilul poate avea dizabilitate vizuală cerebrală.



2. The Oregon Project for Visually Impaired & Blind Preschool Children: Skills Inventory 0-6 years - Anderson, S., Boigon, S., Davis, K., & deWaard, C. (Eds.). (2007). *The Oregon project for preschool children who are blind or visually impaired*. Southern Oregon Education Service District.

Proiectul Oregon pentru copiii preșcolari cu dizabilitate vizuală (Proiectul OR) este un inventar de abilități (listă de verificare) și un curriculum conceput pentru a fi utilizat cu copiii nevăzători sau ambliopi de la 0 la șase ani. Poate fi folosit de părinți, profesori, specialiști în stimulare vizuală sau consilieri educaționali în mediul familial/ în mediul școlar. (<https://www.pathstoliteracy.org/resources/oregon-project-preschool-children-who-are-blind-or-visually-impaired>) De obicei, este implementat la copii cu vârsta peste patru ani și când vrem să vedem abilitățile și dificultățile generale ale copilului.

3. Lea Tests

Sistemul de testare a vederii LEA cuprinde o serie de teste pediatrice vizuale concepute special pentru copiii care nu știu să citească literele alfabetului fiind utilizate, de obicei, în locul diagramelor oculare. Există numeroase variante ale testului LEA care pot fi utilizate pentru a evalua capacitățile vizuale ale vederii de aproape și de la distanță, precum și alte aspecte ale sănătății ce țin de locul de muncă, cum ar fi sensibilitatea de contrast, câmpul vizual, vederea culorilor, adaptarea vizuală, percepția mișcării și funcția oculară și acomodarea (ochiului) (https://en.wikipedia.org/wiki/Lea_test). Folosim mai ales Lea Gratings, Lea symbols, Heiding Heidi, Lea symbols Low contrast test, Heidi fixation targets, Heidi expressions test, cone adaptation test, 3D-puzzle..

Aceste teste sunt utilizate în funcție de nevoile noastre pentru o mai bună înțelegere a vederii copilului și nu în scopul determinării acuității vizuale.

4. Observarea vederii funcționale.

Este un instrument calitativ de observare dezvoltat de I. Vonnikaki, psiholog-intervenție timpurie al E.I.P. Amimoni. Scopul său principal este de a înregistra date privind vederea funcțională a copilului pe baza factorilor practici dobândiți în timpul evaluării și intervenției. Este principala formă pe care o folosim în primele sesiuni de evaluare.

5. Observation scales of the development of children with vision impairment. (Scale de observare a dezvoltării copiilor cu tulburări de vedere). (Traducere din Instrumentul de observare al E.I.P. în Blindeninstitut stiftung Resource Center).

Este un instrument bazat pe observarea copilului și activități structurate cu materiale specifice. Conține toate domeniile principale de dezvoltare (abilități motorii brute, abilități motorii fine, cunoaștere, limbaj și abilități de independență în ceea ce privește hrănirea, toaleta și pansamentul). Se adresează copiilor cu vârsta până la 4 ani și este implementat tuturor copiilor participanți la program.

6. Instrument de evaluare a vederii funcționale pentru sugarii de până la 1 an.

(Pe baza instrumentului de evaluare corespunzător al Blindeninstitut din Wuertzburg).



Este, de asemenea, un instrument bazat pe observarea copilului și activități structurate cu materiale specifice. Se concentrează pe abilitățile vizuale funcționale de bază. Îl folosim pentru copii cu vârsta de până la 1 an, dar și pentru copiii cu dizabilități vizuale, motorii și intelectuale severe. Folosim acest instrument pentru majoritatea copiilor noștri.

7. Instrument de evaluare a vederii funcționale pentru copiii cu dizabilități vizuale. (Pe baza instrumentului de evaluare corespunzător al Blindeninstitut din Wuertzburg.

Acest instrument este utilizat pentru copiii cu vârsta peste 1 an, care au de obicei o vedere funcțională bună și nu au alte dizabilități severe. Este, de asemenea, un instrument bazat pe observarea copilului și activități structurate cu materiale specifice. Scopul său este de a explora abilități vizuale mai complexe.

8. Tactual profile (Royal Visio).

Tactual profile este un instrument de observare pentru reprezentarea funcționalității tactile la copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 16 ani care au o dizabilitate vizuală severă. (www.tactualprofile.org).

Acest instrument se bazează și pe observare și pe activități structurate. Folosim acest instrument pentru copiii cu dizabilități vizuale severe, dar care nu au alte dizabilități grave. Pot avea paralizie cerebrală, autism, dizabilitate intelectuală ușoară sau altele.

9. Scale de observare Bielefeld (BOS-BLIND). Michael Brambring., (2006). Early Intervention with infants and preschoolers who are blind, volume 2, Edition bentheim.

Acest studiu empiric a comparat vârstele medii la care patru copii nevăzători congenital au achiziționat 29 de abilități motorii grosiere în acord cu normele de vârstă pentru copiii văzători. Rezultatele au indicat întârzieri de dezvoltare distincte în dobândirea abilităților motorii și un grad ridicat de variabilitate în întârzierile de dezvoltare raportat la cele șase subdomenii care au fost analizate. Acesta este un instrument bazat pe observarea copilului și este rar folosit, deoarece toate instrumentele descrise mai sus acoperă nevoile noastre de evaluare.

Colaborarea cu familia.

În ceea ce privește implicarea familiei în intervenție, trebuie evidențiate mai multe aspecte, deoarece implicarea lor este importantă și fundamentală pentru realizarea obiectivelor stabilite.

În primul rând, în timpul intervenției, părinții (părintele) sunt prezenți pentru a putea observa activitățile educaționale. Mai exact, jocurile care sunt organizate în termeni de abilități vizuale (atenție vizuală, concentrare etc.), materialele, jucăriile și instrumentele care sunt utilizate pentru fiecare activitate și, în plus, cum și când copilul răspunde la fiecare activitate.

Mai mult, ultima parte a sesiunii (30-40 minute) este dedicată discuției cu părinții. Acesta este momentul pentru a discuta cu ei orice preocupări / întrebări, gânduri pe care le-ar putea avea cu privire la copilul lor și abilitățile sale vizuale. Se fac sugestii cu privire la modul în care aceste activități ar putea fi integrate în viața lor de zi cu zi și, ulterior, la modul în care se pot juca și se pot distra cu copilul lor. Relevante sunt și sugestiile privind ajustările ergonomice fie în întreaga lor casă - pentru a facilita vederea funcțională sau / și mișcarea copilului în jurul casei - fie în spațiul personal al copilului (cameră, colțuri de joacă/stimulare).



În consecință, la sfârșitul anului educațional, efectuăm evaluările finale ale copilului și concluzionăm totul într-un Raport de evaluare, pe care îl trimitem familiei după discuțiile finale cu aceștia. Mai exact, discutăm cu părinții toate obiectivele educaționale stabilite împreună cu rezultatele evaluării noastre. Aceasta oferă o imagine de ansamblu a ceea ce s-a realizat și progresele remarcate. Părinții pot conștientiza astfel ce s-a lucrat cu copilul, importanța implicării lor, și, cel mai important, își pot da seama de mijloacele pe care le-au dobândit pentru a crea și menține legături cu copilul lor și pentru a avea o viață cotidiană funcțională și fericită. Mai mult, discutăm obiectivele viitoare pentru anul educațional următor, aspirațiile părinților și modul în care acestea pot fi integrate în cadrul intervenției. O notă importantă este că, în cursul anului, părinții au dreptul să ceară o evaluare, după ce au depus o cerere motivată către educator.

Intervenția cu copilul

Domeniile de intervenție cu copii cu dizabilități vizuale și multiple sunt:

- Abilități vizuale: 1) stimulare vizuală într-o cameră întunecată cu jucării luminoase și programe educaționale vizuale specifice (VES) prezentate pe tabletă sau pc, 2) stimulare vizuală în condiții de lumină naturală cu lumini și programe educaționale vizuale specifice (VES) prezentate pe o tabletă sau un pc, 3) utilizarea diferitelor jucării de diferite dimensiuni (2cm până la 30cm) pentru abilități vizuale de bază (a se vedea atașamentul nr. 1 pentru clasificarea abilităților vizuale de la simplu la complex) în fundal simplu sau complex, 4) atenție vizuală la fețe, înțelegerea expresiilor faciale și imitație folosind măști, ochelari, brățări, mănuși, oglindă etc., 5) explorare vizuală la distanță medie și lungă folosind jucării, mingi, baloane sau cărți de diferite dimensiuni în fundal simplu sau complex, 6) coordonare vizual-motorie folosind jucării artizanale și jucării educative, 7) recunoașterea, potrivirea și discriminarea culorilor, formelor, obiectelor, jucăriilor etc. (3D) prin diferite jucării artizanale și jucării educative, 8) recunoașterea, potrivire, discriminare a culorilor, formelor, simbolurilor, numerelor, literelor, flashcard-urilor obiectelor, animalelor, activităților (fundal simplu sau complex) (2D) etc. și 9) vederea spațială prin diferite jocuri;
- Orientare și discriminare auditivă: instrumente muzicale, sunete din natură, ale vieții cotidiene;
- Strategii tactile de explorare și discriminare: 1) țesături, diferite texturi, obiecte, jucării, materiale naturale, plăci cu texturi, dominouri tactile, temperatură, greutate etc. și 2) plăci, cutii, fețe de pernă, tăvi de briose etc. (pentru explorare în interiorul acestora).
- Percepția corpului folosind 1) vibrații, jucării tactile, perii, loțiune pentru corp sau uleiuri etc. și 2) denumirea părților corpului și imitarea mișcării.
- Percepție vestibulară și proprioceptivă: vibrații, manipulare, presiune corporală, legănare etc.
- Abilități de comunicare: comunicare verbală sau alternativă prin flashcards, jocuri simbolice, sprijin în interacțiunea colegilor.
- Orientare și mobilitate utilizând indicii vizuale, auditive sau tactile în casă, școli, locuri de joacă sau alte spații.
- Jocuri psihomotorii folosind obstacole, trepte, conuri, inele etc.



- Abilități de autonomie personală: sprijin pentru hrănire, suport pentru îmbrăcăminte, igienă personală.
- Dezvoltarea conceptelor;

Sondaje / Cercetări privind E.I.P. de Amimoni pentru copiii cu dizabilități vizuale.

E.I.P. a realizat până acum trei sondaje privind satisfacția părinților pentru serviciile oferite. Primul a fost realizat în 2015, al doilea în 2016 și al treilea în 2018. Primele două sondaje au fost anonime, iar ultimul a fost realizat prin internet (formulare Google), iar participanții care au răspuns erau cunoscuți. Aici vom prezenta pe scurt ce au exprimat părinții în ultimul sondaj.

Din 33 de familii, 15 părinți au răspuns la chestionar, dintre care majoritatea erau mame (64, 3%). Majoritatea părinților (86,7%) au fost foarte mulțumiți de E.I.P., per total. Majoritatea părinților au fost foarte mulțumiți de informațiile primite prin intermediul programului privind vederea funcțională, dezvoltarea generală a copilului, adaptările ergonomice acasă și activitățile realizate. De asemenea, au fost foarte mulțumiți de sprijinul pe care l-au primit pentru a o mai bună comunicare și înțelegere a copilului lor. Au fost destul de mulțumiți de informații referitoare la percepția și orientarea tactilă și mobilitate. Majoritatea părinților (86, 7%) au fost foarte mulțumiți de cooperarea lor cu specialistul pe intervenție timpurie, în timp ce 6,7% au fost destul și mai puțin mulțumiți. De asemenea, majoritatea părinților (73, 3) au fost mulțumiți de alte servicii pe care le-au primit de la specialiștii în intervenție timpurie (psihologi, asistent social și psihiatru pediatric). 57, 1% dintre părinți cred că programul le-a îndeplinit așteptările inițiale. 66, 7% dintre părinți consideră că programul a ajutat la o mai bună înțelegere a nevoilor educaționale ale copilului lor, în timp ce 53, 3% au considerat că participă de obicei la sesiunea de intervenție timpurie. 78, 6% dintre părinți s-au declarat sunt destul de satisfăcuți de cât de ușor a fost să urmezi sugestiile programului.

Mai jos, vă prezentăm câteva afirmații despre opiniile și sentimentele lor ca răspuns la întrebarea „ce v-a plăcut cel mai mult la programul de intervenție?”:

„Copilul învață și este fericit în același timp”.

„Ce mi-a plăcut cel mai mult este interacțiunea pe care m-ați ajutat să o am cu copilul meu”.

„Fericirea copilului meu”.

„Expertiza vizuală și răspunsurile pe care le-am putut avea la întrebări care mi-au ocupat mintea ani de zile. De asemenea, îndrumările pe care le-am primit cu privire la modul de gestionare a dizabilității copilului meu ”.

„Promptitudinea serviciului de programări și apeluri telefonice, oamenii au fost prietenoși, au avut o abordare caldă și un ajutor imediat în problemele noastre.”

„Au fost oferite îndrumări și informații pentru a ameliora viața și percepția zilnică a lui P. Sprijinirea familiei.”

Constatări:



Vom prezenta, în cele ce urmează, concluziile tezei postuniversitare a lui Lioni Diamanto „Intervenție timpurie la bebeluși și copii de vârstă preșcolară cu cecitate, vedere scăzută sau altă dizabilitate diagnosticată de percepție vizuală și dizabilități asociate: experiența părinților” (Lioni, D. 2019 , Facultatea de Medicină, Universitatea Aristotelion din Salonic).

Cercetarea a fost efectuată cu ajutorul părinților copiilor care au participat la E.I.P. Amimoni pentru mai mult de 6 luni. Scopul sondajului a fost de a prezenta experiența părinților care au participat la programul nostru. Colectarea datelor prin interviuri semi-structurate a vizat următoarele subiecte:

- Înainte de intervenție: experiențe timpurii, viață de zi cu zi, dificultăți, informații, sentimente.
- În timpul intervenției: experiență, sentimente, schimbări.
- Cooperarea cu experții programului: modalități de sprijin, emoții, dificultăți.
- Dezvoltarea de sine și relațiile de familie.
- După intervenție: nivel de satisfacție, dificultăți, nevoi nesatisfăcute, obiective viitoare.

Șapte interviuri au fost efectuate la domiciliul familiei, dintre care doar unul a fost realizat cu un tată. Patru din șapte familii au menționat cooperarea lor cu E.I.P.

Rezultatele cercetării domnișoarei Lioni, mai importante de menționat și utile pentru proiectul nostru sunt:

- În ceea ce privește perioada de dinaintea intervenției

A fost o perioadă dificilă pentru părinți, atât în practică, cât și emoțional. Au lipsit multe informații și îndrumări. Ceea ce au găsit foarte util a fost rețeaua pe care părinții și-au creat-o, unde au găsit informații și sprijin. Informațiile și îndrumările experților au venit treptat. Părinții și-au exprimat nevoia de sprijin suplimentar din partea experților pentru a îndeplini nevoile copilului.

- În timpul participării lor la IEP

În afară de sentimentele pozitive pe care le-au avut în timpul primului lor contact cu personalul E.I.P., au menționat că le-a fost de folos evaluarea nevoilor copilului lor și ale familiei realizată de o varietate de experți. (abordare multidiscplinară). Și-au exprimat satisfacția referitor la sprijinul primit. Le-a plăcut abordarea “fără judecată” și noțiunea că „viața merge înainte”. Mai mult, au ajuns la concluzia că participarea lor la program era necesară și, în acest cadru, s-au familiarizat cu activități adecvate pentru a le realiza cu copilul. Jumătate dintre ei au menționat, de asemenea, că după un timp au ales să nu fie prezenți în timpul intervenției și s-au simțit liberi să folosească acel timp pentru a face altceva. Unii părinți au menționat că le-a plăcut participarea fraților în timpul intervenției. În afară de îmbunătățirea abilităților vizuale, și-au exprimat satisfacția referitor la fericirea copilului.

- După intervenție

Sugestii ale părinților cu privire la program: intervalul de vârstă pentru copiii din program să fie mai mare.

Exemple de declarații ale părinților:

Acum, ca mamă, sentimentul meu dominant este că ea face lucruri care o fac fericită și apoi lucruri care sunt benefice pentru ea.



Pentru multe lucruri, avem nevoie de un specialist, pentru că avem nevoie de un pic de ajutor pentru a vedea unele lucruri dintr-o perspectivă diferită.

Mi-a plăcut intervenția, cum o pot spune? Pentru prima dată, am avut sentimentul puternic că echipa Amimoni a fost aici pentru a mă sprijini.

De câte ori am sunat la biroul lui Amimoni, a existat întotdeauna cineva care să fie acolo și să mă ajute cu ceea ce aveam nevoie.

Ei observă copilul, îi înțeleg nevoile, discută între ei (în grupul lor interdisciplinar) și, în cele din urmă, decid cum ar putea ajuta copilul.

Specialiștii din Amimoni vin împreună acasă până când definesc nivelul (funcțional) al lui X. Ce fel de jocuri (de activități) pot face cu X. Pentru a vedea nevoile lui X.

Cred că a existat o evaluare a potențialului general, a familiei, a mediului de acasă, a disponibilității, nu? Despre ceea ce putem face.

Amimoni a sugerat zece activități (lucruri), dar am putut face una. Cu toate acestea, nu am fost criticați. Nu te-au făcut să te simți vinovat, comparând, să zicem, cu familia vecină, unde fac multe lucruri, de ce nu faci și tu? Nu exista nicio îndoială despre înțelegerea lor. Ne-au spus: Unul? Unu. Este încă benefic. Jumătate din asta? Cât poți să faci.

Deci, specialiștii de la Amimoni au spus: Oh ok. În esență, au spus că vei învăța să trăiești cu asta. Nici măcar nu este sfârșitul lumii. De fapt, ei nu au spus așa, dar acesta este sentimentul pe care l-am avut până la urmă. Că aceste lucruri se întâmplă, fac parte din viață. Familiile se confruntă cu aceste probleme, tocmai s-a întâmplat să vă aflați în această categorie de familii, nu este așa mare lucru. În cele din urmă pentru mine așa simt, că înveți cum să trăiești cu asta ... Speranța, știi. Viața merge înainte. Nu erau ca doctorii ... ne-au spus: O, săracul copil! ... Pentru Amimoni nu a existat niciun "săracu copil!"

Ce mi-a plăcut cel mai mult la Amimoni a fost că există speranță, că nu totul este negru în viață, să știi. S-ar putea să întâlnim lumini negre, alte lucruri negre, dar există întotdeauna culoare în viață. Asta e.

Amimoni ne-a ascultat toate preocupările; am discutat multe probleme referitoare la copil, dar și în același timp lucruri irelevante, în afară de aspectele vizuale și comportamentale.

Da, Amimoni este un program, aduc activități, jocuri realizate manual. Ei ne oferă materiale și lucruri pentru a lucra cu ele pe cont propriu. Mereu. De la început, mi-au spus că acele lumini mi-ar putea ajuta copilul.

Am analizat problemele pentru a afla ce să facem și am găsit mai multe lucruri pe care le-am putea face. Mai mult, putem să ne dăm și noi cu părerea. „Dacă aveți o idee, vă rugăm să ne spuneți pentru a o încorpora în intervenție”.

A fost plăcut, deoarece orice (copilul) putea face, el / ea a făcut-o cu bucurie. În esență, orice lucru îl putea face copilul, ei încercau să îl facă să fie plăcut de copil.

Mă simt bine, pentru că copilul meu reacționează și se distrează bine. Încerci să-ți ajuți copilul să se simtă puțin mai bine. Prin urmare, atunci când face lucruri în această direcție, nu vă puteți simți rău.



Am învățat mai multe despre abordarea adecvată, intervenția, despre ce să avem grijă, în timpul vieții de zi cu zi, să facem lucruri fără a le considera terapeutice.

Am avut stimulați să oferim mai mult decât obțineam în fiecare zi. În cadrul acestui program (de intervenție timpurie) am reușit să oferim puțin mai mult.

Cu siguranță am fost (pozitiv) afectați, pentru că acest program investește asupra copilului dvs., dar nu numai asupra acestuia, ci și asupra familiei. Mai exact, ei ne cer să facem lucruri și să ne implicăm.

S-au făcut modificări, după îmbunătățirea problemelor vizuale ale copilului. Deoarece are mai multe interese, poate observa, nu plânge constant și nu se simte atât de nesigur, de aceea viața noastră este un pic mai liniștită.

Da cu siguranță. Pentru că ne explicau ce au făcut, cum și de ce au făcut-o. Iar rolul nostru a fost să ne implicăm și am ajutat când am putut.

Cu acest program, am descoperit cum să ne jucăm (cu copilul nostru).

Așadar, concluziile cercetării lui Lioni au fost:

1. Părinții s-au confruntat cu dificultăți grave în prima perioadă după nașterea copilului.
2. Părinții au avut sentimente pozitive pentru copilul lor, dar sentimente negative în ceea ce privește dificultățile copilului.
3. Viața de zi cu zi a familiei a fost dificilă, deoarece îngrijirea copilului a fost constantă și solicitantă. Părinții au trebuit să se adapteze la diferite roluri pentru a face față.
4. Extrem de valoros a fost sprijinul din partea celuilalt părinte (soț / soție).
5. Experiențele părinților cu medicii au fost negative. De asemenea, părinții au avut sentimente neplăcute cu privire la situația serviciilor sociale din Grecia.
6. Părinții au avut sentimente pozitive cu privire la existența rețelei părinților (contact personal, mass-media etc.).
7. Părinții doreau sprijin de la experți, precum și de la rude și prieteni.
8. Părinții au fost angajați într-o căutare constantă a unei modalități de a-și întreține copilul.
9. Prioritatea părinților era fericirea copilului lor.
10. Părinții au avut sentimente pozitive cu privire la intrarea în E.I.P.
11. Părinții au avut sentimente pozitive la prima lor întâlnire cu experții.
12. Părinții s-au simțit pozitivi cu privire la experții programului, la modul în care au fost abordați de experți și la cooperarea cu aceștia.
13. Planul educațional a fost creat de experți.
14. Părinții au dorit să participe la program, astfel încât să-și vadă copilul răspunzând la activități și să învețe cum să pună în aplicare aceste activități ei înșiși.
15. Părinții și copiii s-au simțit mulțumiți în timpul participării lor la activitățile de intenție timpurie.
16. Părinții au încercat să pună în aplicare sugestiile expertului, deși, uneori, nu au reușit din cauza programelor zilnice sau a limitelor familiei.



17. Părinții și copiii au avut sentimente pozitive cu privire la participarea altor membri ai familiei la programul de intervenție timpurie.
18. Programul a avut un efect pozitiv asupra părinților, în principal datorită cunoștințelor oferite de acesta.
19. Părinții au menționat că, datorită intervenției, copilul lor a făcut progrese.
20. Părinții menționează schimbări pozitive în relațiile de familie datorită participării lor la program.
21. Părinții menționează, de asemenea, că viața lor de zi cu zi s-a îmbunătățit datorită E.I.P.
22. Părinții au avut sentimente pozitive pentru ONG-ul „Amimoni” și pentru E.I.P. Ei s-au simțit mulțumiți de serviciile disponibile.
23. Părinții cred că programul este util.
24. Părinții s-au simțit mulțumiți de nivelul de participare la program.
25. Părinții au considerat că programul a acordat atenție nevoilor lor.
26. Părinții s-au simțit triști cu privire la încetarea programului din cauza limitei de vârstă (până la vârsta de 6 ani).
27. Părinții au dorit ca programul să aibă o durată mai mare.

D. 2. Programul Educational SYZOI

SYZOI a fost înființat în orașul Salonic, Grecia în anul 2007 de către părinții persoanelor cu dizabilități vizuale și asociate (dizabilități motorii și senzoriale, dizabilități în dezvoltare). Este o organizație non-profit, non-guvernamentală. Programul de Intervenție Timpurie Syzoi a început în 2007 și este singurul program integrat pentru copii și tineri cu dizabilități vizuale din nordul Greciei. Din punct de vedere structural are la bază programul similar Amimoni din Atena precum și programul Blindeninstitutstiftung din München. Amymony și Blindeninstitutstiftung sunt organizațiile care au servit drept model și inspirație din toate punctele de vedere (structura programului, supervizarea și perfecționarea personalului).

Programul de Intervenție Timpurie Syzoi este un complex de servicii pentru copii preșcolari (0 – 6 ani) și familiile acestora. Se adresează copiilor cu dizabilități vizuale (parțiale sau total nevăzatori). Programul se adresează, de asemenea, copiilor cu dizabilități vizuale și dizabilități asociate (dizabilități intelectuale, autism, tulburări neurologice, dizabilități motorii sau senzoriale, sindroame neurometabolice).

Programul de intervenție timpurie se desfășoară acasă la domiciliul fiecărui copil, o dată pe săptămână, la o dată fixă, stabilită anterior și durează o oră și jumătate. În timpul întâlnirii, activitățile educaționale cu copiii au loc sub formă de joacă, în prezența și cu participarea părinților. Principalele arii asupra cărora se intervine sunt aria vizuală, orientarea și mobilitatea, formarea deprinderilor zilnice. În plus, părinților li se oferă îndrumare în managementul și rezolvarea problemelor cu care se confruntă și se caută soluții pentru formarea autonomiei copiilor.

Pentru familiile care locuiesc în afara regiunii Salonic, am dezvoltat un serviciu diferit pentru a veni în sprijinul acestor familii și a copiilor acestora.. Astfel, aceste familii sunt cele care



viziteaza centrul de zi Syzoi, cat de des pot, se intalnesc cu membrii echipei de interventie timpurie pentru a beneficia de serviciile acestui program. Aceste servicii constau in: evaluarea functiilor vizuale, observatii in ceea ce priveste dezvoltarea copilului, activitati educationale, consilierea parintilor pentru a veni in sprijinul copilului, comunicarea cu doctorul, terapeutii si profesorii copilului. Mai mult decat atat, specialistii in interventie timpurie viziteaza aceste familii de doua ori pe an pentru a inlesni adaptarea copilului in mediul familial.

Principiile de baza ale Programului de Interventie Timpurie

- Abordarea holistica a copilului, adaptata la nevoile si interesele acestuia
- Participarea parintilor la activitatile educationale
- Adaptarea potrivita a mediului copilului (dezvoltarea de materiale educationale potrivite nevoilor de dezvoltare ale fiecarui copil)
- Colaborarea tuturor specialistilor care ofera servicii copilului (doctori, terapeuti)

Membrii programului:

o echipa multidisciplinara:

- Psihiatrul pediatru - este responsabil de intocmirea istoricului din punct de vedere medical al fiecarui copil, de consilierea familiei si de supervizarea intregii echipe
- Asistentul social – este responsabil de intocmirea istoricului din punct de vedere social al fiecarui copil, de consilierea familiei in ceea ce priveste drepturile parintilor si nevoile familiei
- Educatorii specialisti – in colaborare cu intrega echipa organizeaza si implementeaza sesiunile / vizitele la domiciliul copiilor. Educatorii care lucreaza in programul de interventie timpurie au studii superioare (nivel de licenta) si studii postuniversitare in domeniul educatiei speciale (profesor educatie speciala).

Obiectivele programului:

- Observarea functiilor vizuale si oferirea de servicii pentru utilizarea la maximum a vederii
- Observarea si oferirea de servicii pentru dezvoltarea tuturor ariilor: cognitiva, comportamentala, emotionala, sociala, de comunicare, motorie.
- Sprijinirea familiei pentru intelegerea nevoilor copilului si pentru a raspunde nevoilor acestuia.

Implicarea parintilor:



- Unul dintre parinti este intotdeauna prezent la sesiunile/intalnirile de acasa. El participa tinand copilul, oferindu-i suport, sprijin, observandu-i reactiile, discutand orice sugestie. Sub indrumarea specialistilor din interventia timpurie, parintii vor decora camera copilului in care acesta isi petrece cea mai mare parte din timp si vor face jucarii potrivite nevoilor copilului.
- Parintii participa la intocmirea planului educational al copilului, propunerile lor fiind binevenite. Scopul intregului program de interventie timpurie este ca parintii sa fie membri activi si sa se simta capabili sa implementeze programul de interventie timpurie in viata de zi cu zi.

Pentru fiecare copil si familie exista o arhiva individuala, personala care contine istoricul medical si social al copilului, rezultatele evaluarii, inregistrarea formularelor de la fiecare sesiune de interventie precum si raportul educational.

Istoricul medical:

Conform istoricului medical, medicul psihiatru pediateru cere informatii de la parinti despre perioada de sarcina, complicatiile aparute la nastere si in perioada neonatala, bolile oculare si alte complicatii organice, tipul si durata medicatiei.

Istoricul social:

Conform istoricului social, asistentul social obtine informatii de la parintii copilului, cum ar fi de exemplu numarul de copii din familie, numele intreg, varsta, nivelul de educatie al fiecarui membru al familiei, statutul socio-economic al familiei, starea de sanatate si relatiile dintre membri familiei si rude. Asistentul social inregistreaza cresterea copilului, nutritia, somnul, abilitatile sau dizabilitatile in rezolvarea sarcinilor de fiecare zi, comunicarea, comportamentul si emotiile, personalitatea copilului, tot ceea ce implica prezenta copilului in scoala (in functie de varsta acestuia).

Protocolul de screening si evaluare

Protocolul nostru de evaluare are la baza instrumente de observatie provenite de la Blindeninstitutstiftung din Munchen care sunt traduse in limba greaca.

Pentru evaluarea perceptiei vizuale se utilizeaza:

- Scala de evaluare a perceptiei vizuale (nivel elementar) pentru copiii cu varsta peste 1 an si pentru copiii cu dizabilitati multiple (Blindeninstitutstiftung din Munchen).
- Scala de evaluare a perceptiei vizuale (nivel avansat) pentru copiii cu dizabilitati vizuale (Blindeninstitutstiftung din Munchen).



Pentru evaluarea dezvoltarii folosim:

Instrumente de observare a dezvoltarii pentru copiii cu dizabilitati vizuale (0 – 4 ani)
(Blindeninstitutstiftung din Munchen).

- Scala de observare Bielefed (Michael Brambrig) Interventie Timpurie pentru copii si prescolari nevazatori si cu dizabilitati vizuale.

Pentru gradul de satisfactie al parintilor utilizam o varianta modificata a Proiectului Dakota. Acest instrument furnizeaza o imagine completa a gradului de satisfactie al parintilor precum si eficienta serviciilor de interventie timpurie oferite propriului copil.. Proiectul Dakota a fost utilizat in studiile anterioare pentru examinarea eficientei serviciilor de interventie timpurie vis a vis de nevoile familiilor (Iversen, Schimmel, Ciacera, Prabhakar, 2003; Kjerland & Kovach, 1990; Neofotistou et al.2014).

Planurile educationale

Planurile noastre educationale sunt individualizate in functie de nevoile si de competentele fiecarui copil. De doua ori pe an utilizam instrumente de observatie in scopul dezvoltarii si evaluarii planurilor educationale. Dupa fiecare sesiune de interventie timpurie folosim o foaie de inregistrare pentru inregistrarea interventiei si a progresului copilului.

Foaia de inregistrare contine:

- Activitatea desfasurata si materialele utilizate
- Receptivitatea copilului (receptivitate, atitudine, dispozitie)
- Climatul de acasa in timpul vizitei (relaxat sau tensionat).

IV.4. ROMANIA

A. Politici si Legislatie

In Romania, Interventia Timpurie este parte a politicii nationale si strategice a educatiei timpurii, care a inceput in anul 1998 cand guvernul Romaniei a inceput un program national proiectat sa reorganizeze serviciile de educatie timpurie. Unul din obiectivele principale ale acestui proiect national a fost crearea de oportunitati educationale pentru copiii cu varste cuprinse intre 0 si 3 ani, formarea de specialisti si proiectarea de programe speciale pentru copiii cu nevoi speciale, asigurand in acelasi timp sanse egale la servicii de educatie copiilor din medii sociale vulnerabile. Acest proiect are ca scop principal trecerea de la abordarea pur medicala la abordarea holistica bazata pe dezvoltarea copilului care presupune pe langa grija fata de starea de sanatate stimularea cognitiva si a abilitatilor socio-emotionale la copiii mici..Incepand cu anul 1998 programul de



interventie timpurie , parte a politicii nationale coerente nu este inca clar definit ca si proces guvernata de legi educationale

Politicele educationale si sociale ca si strategii nationale sunt directionate spre diferite tipuri de dizabilitati si spre populatia cu risc.

In Romania, identificarea nou-nascutilor si a copiilor cu diferite tipuri si nivele de intarziere in dezvoltare , programele de terapie si procesele de screening, ca parte a interventiei timpurii nu fac parte din metodologia si politica nationala in ceea ce priveste programul national de interventie timpurie pentru copiii cu dizabilitati si familiile acestora.

In acest moment serviciile de interventie timpurie sunt oferite de scolile speciale care fac parte din sistemul national de educatie si de diferite O.N.G –uri care folosesc de obicei fonduri straine sau sunt finantate de parinti.

Un Program de interventie timpurie pentru copiii cu dizabilitati vizuale si sau dizabilitati multiple a fost implementat in anul 1998 de Liceul Special pentru Deficienti de Vedere din Cluj-Napoca, Romania si reprezinta unul din proiectele principale ale interventiei timpurii. Acest program se dezvolta an de an cu toate ca legislatia in Romania ramane neclara si nu este explicita in ceea ce priveste procedura si metodologia implementarii serviciilor de interventie timpurie. Acest program reprezinta o parte importanta a serviciilor oferite de catre scoala, servicii centrate pe reabilitare vizuala prin stimulare vizuala si training vizual.

Interventia timpurie este un proces care ofera servicii , educatie si sprijin copiilor mici care sunt evaluati si diagnosticati cu dizabilitati vizuale (cu o rata mare a probabilitatii de asociere cu intarziere in dezvoltare), copiilor care au o intarziere in dezvoltare sau copiilor care prezinta riscul de a dezvolta o intarziere sau o nevoie speciala, acestea putand afecta dezvoltarea sau educarea acestora. Scopul interventiei timpurii este de a diminua efectele dizabilitatii sau ale intarzierii. Serviciile sunt proiectate sa identifice nevoile copilului in special la nivelul functiilor vizuale , a functionarii ochiului, a dezvoltarii neurologice asociate cu disfunctionarea celor 5 arii de dezvoltare incluzand dezvoltarea fizica, cognitiva, comunicarea, dezvoltarea socio-emotionala si adaptarea.

Serviciile precum educarea, instruirea parintilor, servicii de suport, terapiile de dezvoltare si alte servicii centrate pe familie care ajuta la dezvoltarea copilului sunt incluse in programul de interventie timpurie. Aceste servicii sunt oferite gratuit acestor familii.

Prioritatile nationale si internationale impun stabilirea in forta a unei politici si a unui sistem de interventie timpurie intr-un cadru general intr-un program ECD. In acest sens, exista un numar de legi si reglementari care protejeaza drepturile copiilor care au varsta sub 3 ani. Toate se refera la grija fata de copil, starea de sanatate, nutritie si protectie speciala. Sunt multe reglementari care se refera la protectia copilului cu risc, drepturile copilului dar nu exista legi specifice, clare privind educatia si interventia timpurie.

Legea educatiei



Legea educatiei se refera la nevoile educationale ale copiilor cu varste cuprinse intre 3 – 6/7 ani care sunt inscrisi la gradinita..Exista o politica educationala pentru copiii cu varste intre 0 si 3 ani sau institutii care se ocupa cu acest grup de varsta.

Ordinul 5555 Articolul 9 prevede urmatoarele:

c) echipa multidisciplinara de interventie timpurie are rolul de a face evaluarea tuturor copiilor, monitorizarea acestora, depistarea precoce, asistenta adecvata a copiilor cu nevoi speciale sau cu risc pentru formarea si dezvoltarea abilitatilor.

d) la propunerea Inspectoratelor Scolare Judetene/Inspectoratul Scolar al Municipiului Bucuresti se poate face scolarizare la domiciliu si /sau in spitale in grupe sau clase - prevazuta in Metodologia cadru dezvoltata de Ministrul Educatiei, Tineretului si Sportului, Art. 52 para.(3) din Legea nr.1/2011.

e) ofera o evaluare cuprinzatoare si diagnosticarea gradului de dizabilitate pentru elevi si pentru copii mici cu nevoi educationale speciale in educatia speciala, special integrat in educatia obisnuita prin evaluare si orientare scolara si profesionala si centre pentru educatia incluziva.

Ordinul 5573/2011 cu privire la organizarea educatiei speciale si a educatiei speciale integrate, Articolul 22 paragraf (1)(a) prevede ca unitatile de educatie speciala care au gradinita pot sa includa programul de interventie timpurie

Legea cu privire la concediul de maternitate/ingrijirea copilului de catre parinte
Legea cu privire la concediul de maternitate(paternitate) din 1997 prevede ca mamele (sau tatii) au dreptul la concediu de ingrijire copil timp de doi ani. Acest fapt a determinat scaderea numarului de copii din crese si a avut drept rezultat inchiderea multor crese.

Imbunatatirea cadrului legal pentru infiintarea ca prioritate nationala a Sistemului de Educatie Timpurie.

Actul educativ si alte regulamente trebuie revizuite pentru a aborda urmatoarele probleme:

- Introducerea educatiei timpurii (0 – 3 ani) – educatia copilului incepe de la nasterea acestuia si va fi asigurata de institutii care se adreseaza nevoilor multiple ale copilului – educatie, sanatate si protectie (pentru copii cu varste cuprinse intre 0 – 6 ani).
- Introducerea unei perspective medicale privind testarea psihosociala a copilului in contextul educatiei timpurii pentru a asigura un mediu de învățare sănătos pentru o dezvoltare emoțională și mentală pozitivă a copilului și pentru a-i oferi posibilitatea de a lucra în societate ca adult sănătos și echilibrat;
- extinderea învățământului obligatoriu la 12 ani, vârsta de debut fiind de cinci ani;
- pregătirea resurselor necesare (umane și materiale) pentru sistemul de educație timpurie (de exemplu, spațiu adecvat, echipamente, mobilier, profesori, profesori de sprijin, asistente medicale cu normă întreagă, logopezi, consilieri, ajutoare didactice și de învățare etc.);



- asigurarea formării personalului pentru instituțiile de educație timpurie;
- proiectarea și dezvoltarea unui program dual, în ambele moduri de formare, inclusiv sănătate, nutriție, și educație timpurie, înlocuirea programului actual pe verticală: - asigurarea flexibilității alternative în instituțiile de educație timpurie.

Pentru punerea în aplicare cu succes și implicarea deplină a autorităților publice în legea educației revizuită, este important să se inițieze o campanie de sensibilizare a publicului, cu privire la importanța educației timpurii, care ar include:

- punerea în aplicare a unei campanii de promovare a problemei educației timpurii și informarea publicului cu privire la aceasta (de exemplu, spoturi video, postere, conferințe de presă, interviuri);
- informarea părinților cu privire la educația timpurie prin programe educaționale;
- crearea și dezvoltarea unui sistem de schimb de informații și comunicare cu privire la problemele de educație / dezvoltarea copiilor preșcolari (de exemplu, site web, publicații specifice, broșuri etc.);
- schimbul de cunoștințe și informații în acest domeniu de către personalul din sectorul public / privat și ONG-uri pentru a dezvolta o rețea în domeniul dezvoltării timpurii a copiilor și, în același timp, creșterea gradului de conștientizare în domeniu. De asemenea, ONG-urile ar putea fi utilizate în formarea personalului, în stabilirea ofertei sociale și a altor servicii contractate.

Un alt obiectiv este îmbunătățirea accesului la educație, pornind de la educație în contextul intervenției timpurii. Ca punct de plecare, Ministerul Educației ar trebui să ofere formare specifică întregului personal prin crearea de instituții de formare, proiectarea și dezvoltarea de programe și cursuri de formare, în special pentru personalul care lucrează cu copiii sub trei ani.

Sunt necesare echipe multidisciplinare în mediile și instituțiile de maternitate și educație timpurie, pentru a asigura accesul, sprijinul și oportunitățile egale pentru copiii cu nevoi speciale. O inițiativa binevenită, sunt caravanele mobile, inițiate în județul Botosani de echipe multidisciplinare ale Spitalului de Pediatrie Mavromati și Centrului de Sanatate Mintala, cu sprijinul echipei de medici pediatri, psihiatri și logopezi. Programul acestei caravane mobile, ar putea fi extins la nivelul întregii țări pentru depistarea precoce a copiilor cu nevoi speciale.

Nevoile educaționale din zonele rurale, cu accesibilitate foarte scăzută, unde populația nu are acces la informații și educație necesită o nouă abordare. O mai bună cooperare și comunicare între părinți, profesori și membrii comunității ar trebui să fie inițiată de alte programe cum ar fi formarea mediatorilor școlari. Acordarea de sprijin financiar, facilități și/sau beneficii pentru copiii din grupurile cele mai defavorizate, crește șansele acestora de acces la educație. Acest lucru ar putea fi realizat prin soluții eficiente la nivel comunitar.

Calitatea serviciilor pentru instituțiile de învățământ preșcolar ar trebui asigurată prin:



- elaborarea / revizuirea și adoptarea standardelor instituționale pentru serviciile de educație timpurie (copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 6 ani) și urmărirea modului în care acestea sunt asigurate;

- stabilirea legăturilor între educația timpurie și programele de educație primară pentru a asigura o tranziție lină de la învățământul preșcolar la cel obligatoriu

- reducerea numărului de copii din clase și îmbunătățirea performanțelor printr-o mai bună formare a cadrelor didactice și supravegherea acestora;

- dezvoltarea unui departament de cercetare ca ramură a Institutului de Științe ale Educației, pentru nevoile părinților, copiilor și profesorilor din educația timpurie;

- dezvoltarea de programe de identificare și prevenire a problemelor de sanatate mintala ale copiilor între 0 și 6 ani și crearea unui mediu în care dezvoltarea mentala și emotionala a copilului să fie asigurata.

Elaborarea / revizuirea curriculum-ului pentru educația timpurie (0- 6ani) ar trebui să se realizeze prin:

- revizuirea curriculum-ului existent pentru preșcolari și proiectarea curriculum-ului pentru copiii sub 3 ani, asigurând în același timp sănătatea socio-emoțională și fizica ale acestora;

- îmbunătățirea și monitorizarea curriculumului pentru copiii sub trei ani și asigurarea unei continuități între acesta și cel pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 3 și 6/7 ani;

- elaborarea unui ghid de practică pentru educația timpurie.

În documentul politicilor educaționale - Instrucțiuni pentru proiectarea și actualizarea curriculumului național (ISE, 2016), sunt menționate următoarele: curriculum-ul pentru educația timpurie a copilului, de la naștere până la 6 ani, se bazează pe un set de finalități formulate în documentul politicilor educaționale Reperele fundamentale în învățarea și dezvoltarea timpurie (RFIDT, aprobat prin OM nr. 3851/2010). Acest document este un set de declarații care reflectă așteptările cu privire la ceea ce copiii ar trebui să știe și să fie capabili să facă. Aceste așteptări sunt definite pentru a sprijini creșterea și dezvoltarea normală și deplină a copiilor de la naștere până la școală.

Potrivit documentului menționat, obiectivele educației timpurii au în vedere o abordare holistică, care vizează cele cinci domenii ale dezvoltării copilului:

- dezvoltarea fizică;
- sănătatea și igiena personală;
- dezvoltarea socio-emoțională;
- dezvoltarea cognitivă și cunoașterea lumii
- dezvoltarea vorbirii și a comunicării, precum și citirea și scrierea;
- capacitatea de învățare și motivația în procesul de învățare.

Acest curriculum se aplică, de asemenea, în unitățile de învățământ timpuriu care integrează copiii cu dizabilități, caz în care se va acorda mai multă atenție așteptării unui răspuns din partea copilului și participării spontane la activități cu alți copii, și mai puțin numărului de activități per copil pe care le desfășoară. În același timp, menționăm faptul că, în cazul grupurilor din învățământul special sau/și în învățământul special integrat, pe lângă



aceste tipuri de activități, copiii beneficiază și de terapii specifice, activități care nu sunt incluse în acest curriculum.

Ar putea fi înființate centre multifuncționale pentru copii, în special în zonele cu accesibilitate redusă și în zone izolate, unde serviciile de sănătate și educație nu sunt disponibile. Acestea ar putea funcționa ca Centre pentru Dezvoltarea Timpurie a Copiilor în zonele rurale și, în același timp, acestea ar putea oferi formare pentru părinți și membrii comunității. Cu toate acestea, activitatea acestor instituții ar trebui monitorizată pe baza unor criterii prestabilite pentru a asigura respectarea standardelor de educație și sănătate a copiilor. Echipa va fi responsabilă de evaluarea, monitorizarea și sprijinirea dezvoltării copilului de la naștere până la 3 ani.

O caracteristică a educației timpurii existente în România este că absența legislației privind educația copiilor de 0-3 ani, o serie de creșe / grădinițe s-au dezvoltat fără o structură coerentă și fără standarde educaționale clare. Există o varietate de instituții de educație timpurie, dintre care unele sunt enumerate mai jos:

- Centrele de zi pentru copiii sub 6 ani sunt în pericol, coordonate de Direcția Județeană de Asistență Socială și Protecția Copilului;
- Centre de zi sau creșe-grădinițe/grădinițe private pentru copii sub șase ani, aprobate de Ministerul Educației și Cercetării, care oferă exemple de bune practici în domeniu;
- Creșe/Grădiniță cu copii din aceeași grupă de vârstă ca și cei din centrele de zi (sub 6 ani);
- Grădiniță/Grădiniță pentru copii cu vârsta cuprinsă între 3 și 6/7 ani. Aceste consilii locale sunt finanțate și coordonate de Ministerul Educației și Cercetării;
- Îngrijire de zi pentru copii de la 4 luni la 3 ani, care primesc copii și peste trei ani, în scopul de a menține personalul. Acestea sunt finanțate și coordonate de consilii locale, fără supraveghere din punct de vedere profesional și fără standarde educaționale sau în alt mod.
- Școli speciale, cu clase/grupuri de intervenție timpurie, cu copii cu deficiențe senzoriale, auz și vedere.

Serviciile pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani sunt oferite prin intermediul creșelor, care oferă o formă de îngrijire medicală fără componentă de educație timpurie.

B. Programul de Intervenție Timpurie – Liceul Special pentru Deficienți de Vedere din Cluj Napoca

În România, serviciile de intervenție timpurie oferite de Liceul Special pentru Deficiențe de Vedere sunt concepute pentru identificarea, prevenirea sau remediarea problemelor existente legate de pierderea vederii dar și pentru îmbunătățirea dezvoltării prin strategii de intervenție individuală și familială. Pentru că acesta este un proiect major implementat în 1998, programul se dezvoltă an de an datorită efortului autorităților locale care se implică în găsirea celor mai bune soluții pentru diferite probleme care pot apărea și finanțarea programului, astfel încât acest program să se deruleze în continuare cu toate că în România legislația nu este explicită în ceea ce privește procedurile și metodologia de implementare a intervenției timpurii.



Programul se dezvoltă și datorită efortului echipei manageriale și al specialiștilor care sunt cu adevărat implicați în implementarea programului de intervenție timpurie.

Proiectul de intervenție timpurie pentru copiii cu deficiențe de vedere a început în septembrie 1998, în același timp, la Cluj-Napoca, Arad și Timișoara, datorită Institutului Teofaan/Sensis International din Olanda, care a oferit sprijin financiar și logistic.

Prima echipă E.I. din Cluj-Napoca a inclus:

- 2 specialiști/profesorii psihopedagogi în intervenție timpurie (Roxana Cziker (1998 – 2008 și Aurora Petrut 1998 - 2012)

- 2 medici oftalmologi – un oftalmolog de la școala noastră – Rodica Medesan și un oftalmolog de la Policlinica pentru copii din Cluj-Napoca – Angela Opincariu,

- Directorul Liceului Special pentru Deficienți de Vedere, Cornelia Codreanu

- Șef al Departamentului de Psihopedagogie din cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Universității "Babeș-Bolyai" - prof. Vasile Preda

Specialiștii/profesorii psihopedagogi în intervenție timpurie din Cluj-Napoca, Arad și Timișoara au fost instruiți în Grave, Olanda de către Institutul Teofaan/Sensis International de două ori: 14.06 – 04.07.1998 și 18.06. – 29.06.2001. Directorii școlilor pentru copii cu deficiențe de vedere din Cluj-Napoca, Arad și Timișoara și reprezentanții Universității "Babeș-Bolyai" au fost instruiți în Grave, Olanda, în aprilie 1998. În septembrie 2001, o echipă de la Școala pentru Copii cu deficiențe de vedere din Oradea și reprezentantul Universității de Vest din Timișoara s-au alăturat Programului de Intervenție Timpurie. În perioada 1998-2000, Proiectul de Intervenție Timpurie a fost susținut în întregime de Teofaan/Sensis International. 2001-2002 Directorul Liceului Special pentru Deficienți de Vedere din Cluj-Napoca și reprezentantul Universității "Babeș-Bolyai" au stabilit contacte cu Inspectoratul Școlar Județean Cluj, autoritățile locale, Guvernul Național pentru continuarea proiectului de intervenție timpurie în România și susținerea salariilor de 25% pentru cei doi profesori în intervenția timpurie. În ianuarie 2002, autoritățile locale, cu permisiunea Inspectoratului Școlar Județean Cluj, în conformitate cu acordul stabilit între Ministerul Educației (dl Andrei Marga) și directorul Sensis International (Peter Beijers) . a asigurat plata a 25% din salariile celor doi specialiști în intervenția timpurie din școală.

Începând cu anul 2003, activitatea de specialiști în intervenția timpurie a fost implementată ca parte a școlii noastre, iar salariile a doi profesori psihopedagogi de intervenție timpurie au fost plătite integral de Inspectoratul Școlar Județean.Cluj

În septembrie 1998, datorită Teofaan / Sensis International a luat ființă în școala noastră Centrul de Intervenție Timpurie pentru copiii cu deficiențe de vedere, cu sau/ fără dizabilități asociate. Centrul nostru are o cameră de intervenție timpurie, care a fost complet renovată și modernizată de-a lungul acestor ani. De-a lungul celor 22 ani echipei de intervenție timpurie i s-au alăturat Ramona Mureșan, care a lucrat ca specialist în intervenție timpurie din 2008, Dorina Marchis, Lavinia Dascalu.

La început, procesul de identificare a copiilor a fost foarte greu din cauza lipsei de încredere în beneficiile serviciilor de intervenție timpurie, a lipsei de încredere a medicilor pentru



rezultatele programului și din cauza faptului că părinții nu au avut informații despre program sau informațiile au fost minime. Din aceste motive, numărul copiilor implicați în program a fost scăzut, părinții înregistrau copiii în program la o vârstă destul de mare, de obicei după vârsta de 3 ani, astfel încât, practic, perioada în care copiii au beneficiat de programul de intervenție timpurie pentru a diminua efectele dizabilității vizuale sau întârzierea a fost scurtă. Din anul 2007, programul a cunoscut o creștere spectaculoasă și, pe parcursul celor 22 ani de implementare, peste 240 de copii au beneficiat de servicii, iar peste 480 de părinți au făcut parte din echipa de intervenție timpurie. Vizitele la domiciliu sunt o parte importantă a intervenției, deoarece ajută părinții să înțeleagă mai bine dezvoltarea copilului lor, intervenientul comunică permanent cu părinții despre progresul copilului lor și ghidează părinții atunci când există o preocupare cu privire la dezvoltarea copilului lor.

➤ **Declarația de misiune**

Misiunea Programului de Intervenție Timpurie este de a identifica și evalua, cât mai devreme copiii foarte mici (sugari) și copiii mici a căror dezvoltare vizuală este compromisă și de a asigura o intervenție adecvată pentru îmbunătățirea dezvoltării copilului și familiei.

Principiul este de a minimiza întârzierile și de a maximiza șansele de a atinge repere tipice în dezvoltare. De asemenea, sprijină și pune în aplicare proceduri de screening pentru a spori identificarea timpurie a dificultăților și pentru a oferi sprijin cât mai curând posibil familiilor.

➤ **Obiectivele serviciului de intervenție timpurie**

- Ajută copiii cu dizabilități vizuale și copiii cu dizabilități vizuale multiple să se dezvolte și să învețe la cel mai mare potențial.

- Îmbunătățește capacitatea fiecărei familii de a satisface nevoile de dezvoltare ale copilului lor în cadrul în care ar fi copiii dacă nu ar avea o dizabilitate.

- Respectă punctele forte, valorile, diversitatea și competențele familiei și răspunde întrebărilor familiei despre dezvoltarea copilului lor.

- Consiliere de formare familială și vizite la domiciliu.

- Sprijinirea părinților în îndeplinirea responsabilităților lor de a hrăni și de a contribui la dezvoltarea copiilor lor.

- Poate avea **un impact semnificativ** asupra capacității unui copil de a învăța noi abilități și de a depăși provocările trăind sentimentul de succes în școală și în viață.

- **Îmbunătățirea dezvoltării copilului, obținerea de rezultate funcționale**, îmbunătățirea vieții de familie prin furnizarea de servicii eficiente, de înaltă calitate bazate pe rezultate;

- Furnizarea de strategii specifice de intervenție pentru a încuraja dezvoltarea competențelor compensatorii (alternative la utilizarea vederii) ale copilului sau utilizarea vederii funcționale rămase (pentru a sprijini capacitatea copilului de a utiliza vederea într-o varietate de situații).

- Promovarea serviciilor de intervenție timpurie în comunitatea locală și la nivel național.



- Să se facă cunoscută existența programului de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilitati vizuale cu/fără dizabilități multiple.

- Identificarea copiilor cu dizabilitati vizuale < 6/7 ani cu/fără dizabilități multiple.

- Dezvoltarea parteneriatelor cu Asociația Nevazatorilor din Cluj, Policlinici pentru copii din Cluj-Napoca, ONG - Fundatia Romana pentru Copii, Comunitate si Familie, World Vision, orfeline, etc.

- Elaborarea planurilor de activitate pentru vârsta psihologică /vârsta cronologică, luând în considerare stadiul de dezvoltare și abilitățile vizuale. Îmbunătățirea planurilor de activitate cu copiii prin implicarea părinților.

- Implicarea cat mai multor părinți în activități cu copiii lor.

- Profesorii psihopedagogi în intervenția timpurie trebuie să fie un sprijin pentru copii și familiile acestora.

Reabilitarea vizuală presupune stimulare vizuală și formare a vederii care vizează recuperarea abilităților vizuale, îmbunătățirea funcționării vizuale și combaterea dizabilităților vizuale. Stimularea vizuală are ca scop îmbunătățirea sistemului vizual prin îmbunătățirea și schimbarea funcționalității ochiului, îmbunătățirea abilităților motorii vizuale, a acuitatii vizuale și îmbunătățirea câmpului vizual. Procesul se referă la stimularea dezvoltării copiilor cu dizabilitati vizuale folosind materiale vizuale, pentru a îmbunătăți funcționarea vizuală.

Instruirea vizuală constă într-un proces pe termen lung de predare a abilităților corespunzătoare copilului pentru utilizarea la maximum a vederii reziduale în activitățile de zi cu zi sau în activitățile specifice școlii, aplicând metode specifice menite să îmbunătățească abilitățile vizuale, cum ar fi percepția vizuală, localizarea spațială, heterofobia, coordonarea mână/ochi, etc. pentru a obține performanță vizuală și confort optim.

Grupul țintă.

- Copiii cu dizabilitati vizuale cu vârsta cuprinsă între 0 și 6/7 ani, cu sau fără dizabilități asociate și părinții acestora care locuiesc în România.

Pe baza plasticității creierului și a teoriilor perioadei de sensibilitate care prevăd că există o perioadă optimă pentru stimularea copilului, astfel încât acesta să poată beneficia la maximum de procesul de reabilitare, programul de intervenție timpurie în România pornește din momentul în care parintele solicita servicii de intervenție timpurie pentru copilul sau. Astfel, majoritatea copiilor încep programul la 3 luni, ceea ce coincide cu momentul în care părinții accepta faptul că propriul copil are o problemă și împreună (parinti si copil) au nevoie de ajutor de la un specialist.

Proiectul de intervenție timpurie include copii cu dizabilitati vizuale si/sau dizabilitati vizuale multiple cu unul sau mai multe din următoarele diagnostice: Erori de refracție: miopie sau miopie , miopie sau hipermetropie , presbyopie, și astigmatism, Cataracta, lentile intraoculare tulbure, Aphakia după ce cataracta este eliminată, Glaucom, Retinopatie diabetică, Orbire infantilă, Afectare vizuală corticală, Leucomalacie periventriculară, Atrofie a nervului optic, Hipoplazie a nervului optic, retinopatie diabetică, opacitate corneană, cicatrizare



corneană, Keratoconus, Trachoma, Aniridia, Retinopatie de prematuritate, Maldezvoltare a irisului, Distrofii retiniene retino-blastom, Microftalmie, Colobom,

- Eligibilitatea pentru program

Eligibilitatea pentru servicii de intervenție timpurie se bazează pe un screening vizual și neurologic, precum și evaluarea abilităților copilului. Pentru a participa la evaluare copilul trebuie să aibă un diagnostic oftalmologic. Pentru a fi eligibili pentru servicii, copiii trebuie să aibă vârsta sub 3 ani sau până la 7 ani, dar să nu beneficieze de serviciile altor instituții și să aibă o dizabilitate vizuală confirmată sau o întârziere în dezvoltare stabilită în unul sau mai multe dintre următoarele domenii de dezvoltare: fizică, cognitivă, de comunicare, social-emoțională și/sau adaptivă asociată cu o patologie vizuală.

Există trei categorii de copii implicați în programul de intervenție timpurie:

- o Copiii cu dizabilitati vizuale sau copiii cu dizabilitati vizuale multiple sub 3 ani care beneficiază de servicii de stimulare și training vizual, psihomotricitate, stimulare cognitivă și logopedie;

- o Copiii cu dizabilitati vizuale sau copiii cu dizabilitati vizuale multiple cu vârsta cuprinsă între 3 și 6/7 ani în principal de la grădinița de masă care beneficiază de servicii de stimulare și training vizual, psihomotricitate, stimulare cognitivă și logopedie;

- o Copiii cu dizabilitati vizuale sau copiii cu dizabilitati vizuale multiple cu vârsta cuprinsă între 3 și 6/7 ani care beneficiază numai de stimulare vizuală și training vizual, restul terapiilor sunt furnizate ca servicii oferite de grădiniță

- Evaluare

Testele de vedere ar trebui să fie efectuate înainte de a părăsi spitalul atunci când un copil este primul născut. Dar nu toate spitalele oferă acest servicii, astfel încât părinții cer sfatul unui optometrist pentru un diagnostic clar atunci când își dau seama că propriul copil poate avea probleme de vedere. Controale suplimentare efectuate la vârste fragede (atunci când copilul este de 6-8 săptămâni), oferă oportunități pentru a detecta întârzieri potențiale. Identificarea precoce și tratamentul anumitor probleme vizuale înainte de vârsta de trei ani pot duce la o recuperare de 95% a vederii. Fiecare specialist din echipa multidisciplinară își face propria evaluare.

Prima evaluare este făcută de optometrist, care verifică vederea și aspectele specifice ale funcției vizuale și ale sănătății ochilor copilului. Testele preliminare pot include evaluări ale percepției adâncimii, vederii color, mișcărilor musculare ale ochilor, vederii periferice sau laterale și a modului în care copilul răspunde la lumină. O mare varietate de microscopie, lentile și tehnologia digitală este folosit pentru a evalua starea de sănătate a tuturor structurilor ochiului și țesuturilor din jurul ochilor. Intervenientul efectuează propria evaluare, incluzând teste specifice pentru determinarea funcționalității vederii: măsurători ale abilităților câmpului vizual și ale motricității vizuale, identificarea strategiilor de percepție vizuală utilizate de copil pentru îndeplinirea sarcinilor de zi cu zi. Verificarea funcționalității vederii este corelată întotdeauna cu informații importante despre alte niveluri de dezvoltare cognitivă, de comunicare, motorie sau



psihomotorie. Intervențiile folosesc teste specifice, cum ar fi Proiectul Oregon pentru copiii preșcolari cu dizabilități vizuale & nevăzatori, Scala portage, Scalele de dezvoltare mentală Griffith. Acest formular de evaluare ajută intervenientul să - și facă o imagine de ansamblu clară a abilităților copilului și a nivelului de dezvoltare, precum și a domeniilor în care este nevoie de o intervenție specifică.

- Gestionarea cazurilor

Un membru al echipei de intervenție timpurie va contacta familia prin telefon sau personal pentru a planifica ora și locul întâlnirii convenabil pentru familie. Acest lucru este valabil atât pentru vizitele la domiciliu, cât și pentru vizitele la școală. În cazul vizitelor la școală, prima întâlnire are loc cu părintele/îngrijitorii pentru stabilirea contactului inițial cu membrii familiei. La începutul programului, rolul părinților este esențial pentru ca intervenientul să înțeleagă care sunt nevoile copilului, ce înțeleg părinții despre nevoile copilului și cum sunt îndeplinite aceste nevoi. Pe baza abordării conform căreia părinții își cunosc cel mai bine copilul și că fiecare copil este unic, programul de intervenție timpurie trebuie să se aplice fiecărei familii și fiecărui copil. Astfel, intervențiștii au două instrumente importante de elaborat : planul individualizat de servicii familiale și planul individualizat de intervenție timpurie al copilului. După procesul de evaluare a nevoilor întregii familii, intervenționistul prezintă planul de intervenție timpurie familiei, printre care se numără: punctele forte și punctele slabe ale familiei, obiective specifice de atins în timpul programului de intervenție timpurie, precum și activități specifice, având ca scop îndeplinirea obiectivelor principale ale intervenției. Un principiu călăuzitor al planului individualizat de servicii familiale este că familia este cea mai mare resursă a copilului, că nevoile unui copil mic sunt strâns legate de nevoile familiei sale. Cel mai bun mod de a sprijini copiii și de a satisface nevoile lor este susținerea și sprijinirea fortelor individuale ale familiei.

Centrat pe familie - se referă la principii și practici care sunt individualizate, flexibile, receptive fiecărei familii. **Practicile centrate pe familie** implică schimbul de informații și fără îndrumare, astfel încât părinții să ia o decizie în cunoștință de cauză cu privire la intervenție și servicii, folosind prioritățile familiei pentru a ghida accentul și obiectivele intervenției; este importantă ajutarea părinților să obțină accesul la resurse care să faciliteze obținerea de rezultate pozitive pentru copil și familie. Planul de intervenție familială este un bun instrument care presupune formarea unei imagini de ansamblu a copilului în contextul sistemului familial iar intervenția are ca punct de plecare nevoile familiei și ale copilului.

Abordarea multidisciplinară

Serviciile de intervenție timpurie în România se bazează pe o abordare multidisciplinară atât în procesul de evaluare, cât și în procesul de reabilitare și intervenție.

Echipa multidisciplinară include specialistul/profesorul psihopedagog de intervenție timpurie, optometrist, psiholog, pediatru, asistent social și realizează:



- O evaluare multidisciplinară a punctelor forte și a nevoilor copilului, identificarea serviciilor adecvate pentru a răspunde acestor nevoi
- Evaluarea orientată către familie, în care părinții joacă un rol activ pe tot parcursul procesului de evaluare pentru a identifica problemele legate de resurse și priorități ale familiei și pentru a acorda sprijin pentru a promova capacitatea familiei de a satisface nevoile de dezvoltare ale copilului.
- O cerere de evaluare psihoeducatională în procesul de înscriere a copilului în programul de intervenție timpurie către autoritățile locale. Este o parte importantă a evaluării în care echipa multidisciplinară are un rol important, de a descrie nivelul real de dezvoltare al copilului la nivel cognitiv, motor și psihomotor, vizual, emoțional, independență și comunicare la nivel funcțional.
- Un plan scris de intervenție familială și un plan individualizat de intervenție timpurie

Planul individualizat de intervenție timpurie

Informațiile colectate din procesul de evaluare realizat de echipa multidisciplinară reprezintă baza planului individualizat de intervenție timpurie, care include:

- Comportamente țintă.
- Obiective specifice, măsurabile.
- Descrierea și metoda intervenției.
- Pornirea și frecvența intervenției.
- Activități specifice ale intervenției.
- Metoda de evaluare.
- Persoanele responsabile pentru fiecare parte a intervenției și evaluării.
- Datele din evaluare.

PIT este un document scris care, printre altele, prezintă serviciile de intervenție timpurie pe care copilul și familia le vor primi. Activitățile de planificare în intervenția timpurie sunt într-o relație cu rezultatele evaluării, ele depind de diagnosticul copilului, de nivelul de dezvoltare al acestuia, luând în considerare caracteristicile vârstei psihologice și cronologice, preferințele copiilor pentru unele materiale și activități, recomandarea medicului oftalmolog și a altor specialiști, cum ar fi psihologul și logopedul.

- Parteneriatul cu părinții

Nevoile unui copil nu pot fi separate de nevoile familiei sale. Din acest motiv, serviciile de intervenție timpurie sunt concepute pentru a ajuta familia să se simtă confortabil și încrezătoare în beneficiile și rezultatele acestor servicii. Părinții/ membrii familiei, persoanele care îngrijesc copilul joacă un rol semnificativ în experiențele de învățare timpurie ale unui copil dar în același timp, ei se pot confrunța cu situații dificile și emoții diferite, cum ar fi: Părinții, de obicei, nu știu ce înseamnă dizabilitate vizuală sau alte dizabilități, ce implică un diagnostic sau cu ce probleme se pot confrunța pe parcursul dezvoltării copilului. Unii dintre părinți afla mai târziu că propriul



copil are o dizabilitate sau o întârziere la nivel vizual, si acest lucru se intampla de obicei, atunci când copilul nu realizeaza contactul vizual cu mama, sau nu reacționează în mod corespunzător la stimuli vizuali sau auditivi. În plus, este important ca părinții să fie implicați în toate serviciile pe care le primește copilul, să fie prezenți, să învețe, să ceară, să înțeleagă procesul și să aibă încredere în procesul de predare și învățare.

La începutul programului, ei trebuie să știe și să învețe cum să interacționeze în mod corespunzător cu copilul lor care poate nu raspunde într-un mod obișnuit, să recunoască nevoile individuale ale copiilor lor și să sprijine dezvoltarea lor și să identifice și să susțină serviciile de care copiii lor au nevoie. După ce sunt siguri de nevoile copilului și sunt pregătiți să facă parte din planul de reabilitare, părinții sunt sfătuiți să continue să lucreze cu copilul lor acasă pentru a consolida lecțiile și abilitățile pe care membrii echipei de intervenție timpurie le-au introdus. Aceasta este o parte importantă a contractului educațional, astfel încât părinții devin responsabili și pentru progresul copilului și pentru succesul reabilitării copilului în timpul programului de intervenție timpurie.

IV.6. TURCIA

A. Politici și legislație

Intervenția timpurie include serviciile oferite copiilor (0-36 luni și 36-72 luni) care prezintă risc de dezvoltare sau cu nevoi speciale. Cu servicii sistematice și calificate oferite în perioada timpurie, acești copii pot prezenta progrese semnificative în domeniile de dezvoltare (Bayhan și Taştekin, 2015; Birkan, 2002; Blackman, 2002; Doğru Yıldırım, 2019). În contextul intervenției timpurii, fiecare țară își creează sistemele de intervenție timpurie și reglementările legale bazate pe diferite diferențe (culturale, politice, resurse etc.) (Guralnick, 2008)

Serviciile pe bază de intervenție timpurie sunt efectuate de Ministerul Educației Naționale din Turcia și Ministerul Familiei, Muncii și Serviciilor Sociale. Chiar dacă serviciile de intervenție timpurie s-au accelerat în special în termeni de cantitate și calitate în ultimii 10 ani, studiile în contextul practicilor și reglementărilor se extind și în anii precedenți (Yıldırım Doğru, 2019). În sfera copilăriei timpurii, există inițiative legate de educația preșcolară începând cu anii 1930 și diverse aranjamente juridice în anii următori, dar nu există nicio practică remarcabilă în sfera persoanelor cu nevoi speciale. În contextul intervenției timpurii, s-a afirmat că copiii cu nevoi speciale ar trebui să primească educație timpurie în cadrul „Legii copiilor care au nevoie de educație specială” în 1983. După această lege, „Circulară privind educația preșcolară a copiilor cu nevoi speciale” , a intrat în vigoare în 1987 și a afirmat că copiii cu nevoi speciale ar trebui să urmeze educația preșcolară în creșe și grădinițe de educație specială pe baza diferitelor programe adaptate și ar trebui furnizate îndrumări pentru familiile cu copii cu vârsta sub patru și cinci ani (Birkan , 2002; Yıldırım Doğru, 2019; Güven & Efe Azkeskin, 2010; Sazak Pınar, 2006).

Privind în viitor , educația preșcolară a devenit o parte a învățământului obligatoriu pentru copiii cu nevoi speciale prin Decretul-lege nr. 573, care a intrat în vigoare în 1997 (Ministerul Educației



Naționale [MEB], 1997; Yıldırım Doğru, 2019) . După acest decret, cu „Regulamentul privind serviciile de educație specială”, care a fost publicat în 2000 și reconsiderat în 2006 și 2018, „Regulamentul privind instituțiile preșcolare și instituțiile de învățământ primar” în 2014 și „Circulara privind practicile de incluziune / integrare” în 2017, educația preșcolară a devenit obligatorie pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 36-72 de luni și au fost luate măsuri legale în practicile de incluziune / integrare. Pentru copiii cu vârsta între 0-36 luni cu nevoi speciale de educație; (a) serviciile de educație timpurie se desfășoară în instituții de învățământ special, instituții de învățământ preșcolar, instituții de învățământ cu grădiniță și clase în conformitate cu nevoile copilului și ale familiei, cu decizia serviciilor de educație specială din provincie sau (b) serviciile pentru acești copii includ și informarea și susținerea familiilor, (c) educația preșcolară este obligatorie pentru copiii cu nevoi speciale care au absolvit 36 de luni; (d) durata educației preșcolare poate fi prelungită, ținând seama de caracteristicile de dezvoltare ale copiilor (Deși în Turcia termenul preferat este „integrare” în loc de „incluziune” în ultimii ani, includerea / integrarea este utilizată în acest text deoarece termenul „incluziune” este încă utilizat pe scară largă. Diferența de filosofie dintre aceștia doi termeni, de asemenea, nu sunt pe deplin înțelese și acceptate. Deci acești termeni sunt folosiți interschimbabil).

În conformitate cu reglementările legale menționate mai sus și cu rezultatele evaluării și plasării educaționale efectuate în centrele de orientare și cercetare afiliate Ministerului Educației Naționale, copiii cu nevoi speciale sunt direcționați către educația de incluziune / integrare în instituțiile preșcolare publice sau private. . Copiii care nu sunt eligibili pentru educație de integrare / incluziune , sunt direcționați către centrele de educație specială pentru copii mici sau la cursurile de educație specială în care sunt educați copiii cu nevoi speciale. În aceste instituții, principalele persoane responsabile în educația persoanelor cu nevoi speciale sunt profesorii de educație specială și profesorii pentru învățământ preșcolar, totuși și o echipă de alți profesori de specialitate asistenți de formare și personal profesionist, cum ar fi logoped ,pot fi repartizați atunci când este necesar. Reglementările legale subliniază efectuarea adaptărilor educaționale necesare copiilor în practica incluzivă, pregătirea unui program de educație individualizat (IEP), furnizarea serviciilor de sprijin necesare, efectuarea aranjamentelor fizice necesare în școli și săli de clasă și luarea măsurilor necesare pentru participarea familiei. În plus, ar trebui să existe maximum doi elevi în sălile inclusive cu 10 copii și un elev cu nevoi speciale în sălile de clasă cu 20 de copii. Reglementările legale includ, de asemenea, articole în contextul diferitelor tipuri de dizabilitate. De exemplu, se pot deschide săli de curs separate pentru studenții cu mai mult de o dizabilitate, precum și servicii de educație la domiciliu pentru cei cu probleme de sănătate, precum și cu nevoi speciale (Akalın, Demir, Sucuoğlu, Bakkaloğlu & Işcen, 2014; Bozarlan & Batu, 2014 ; MEB, 2000, 2006, 2014, 2017, 2018; Richardson-Gibbs & Klein, 2014; Sucuoğlu & Bakkaloğlu, 2018).

După cum se poate înțelege din informațiile de mai sus, în Turcia nu există nicio cerință legală pentru copiii între 0-36 de luni cu nevoi speciale. În Turcia, educația copiilor cu vârste cuprinse între 0-36 luni cu nevoi speciale este asigurată în creșe și centre de zi, sub responsabilitatea



Ministerului Familiei și Politicilor Sociale Direcția Generală Servicii pentru Copii. În plus, sub responsabilitatea Ministerului Educației Naționale Servicii de educație specială și îndrumare, educația acestor copii este asigurată în instituții și case, cu accent pe sprijinirea familiei acestor copii (Ekinci și Bozan, 2019). Cu toate acestea, pentru copiii cu vârsta mai mare de 36 de luni, intervenția timpurie în medii separate și / sau de incluziune / integrare se realizează ca o cerință legală, oferind măsurile de precauție și aranjamentele educaționale necesare.

Oportunitățile de educație pentru copiii cu mai mult de o dizabilitate sunt foarte limitate, deoarece nu este un diagnostic medical acceptat în Turcia. În special pentru copiii cu deficiențe multiple cu deficiențe de vedere, serviciile de intervenție timpurie sunt vitale. Deoarece acești copii au obstacole și probleme de sănătate severe și complicate, este important să se folosească metode speciale în educația lor. Prin urmare, este foarte important să se creeze programe special concepute pentru acești copii și să se formeze profesori care au capacitatea de a lucra cu ei (Ayyıldız, 2007; 2016).

Protocoale de screening și evaluare prenatală și postnatală utilizate în Turcia

Turcia a început să acorde o atenție deosebită sănătății mamei și copilului prin Programul de transformare a sănătății desfășurat din 2003. Astfel de studii efectuate în acest cadru includ urmărirea femeilor însărcinate și a nou-născuților. În acest sens, toate sarcinile sunt monitorizate în spitalele afiliate Ministerului Sănătății și chiar dacă femeile însărcinate frecventează spitalele private, rezultatele legate de controlul acestora sunt colectate de Ministerul Sănătății prin intermediul Centrelor de Sănătate Familiale (Ministerul Sănătății), 2014).

Unele anomalii cromozomiale pot fi detectate prin teste de screening efectuate în anumite săptămâni și teste cu ultrasunete efectuate aproape în fiecare lună în timpul sarcinii. Intervențiile precum amniocenteza și biopsia corion -villusului sunt intervenții mai riscante, deși permit un diagnostic definitiv (Aka, 2013).

Intervențiile necesare se fac în unitățile de terapie intensivă ale spitalelor după naștere, atunci când este necesar. Chiar dacă este o naștere matură și sănătoasă, bebelușii sunt urmăriți după părăsirea spitalului. Conform programului aplicat tuturor copiilor din Turcia sunt:

1. Program de screening pentru nou-născuți (NTP) - Fenilcetonurie, hipotiroidism congenital, deficit de biotinidază, fibroză chistică
2. Programul de screening al auzului nou-născutului (YİTP)
3. Programe de screening pentru displazia șoldului de dezvoltare (GKD).

Astfel, este posibil să înceapă servicii de prevenire pentru diferite probleme care pot prezenta riscuri și pot fi tratate. Ca urmare a examinărilor, direcțiile de sănătate publică relevante sunt informate cu privire la situațiile care sunt confirmate a fi expuse riscului și fiecare direcție este obligată să verifice în fiecare zi rezultatele înregistrărilor lor pentru sugari. Este necesar să se



introducă diagnosticul clinic în sistem în termen de cel mult trei luni, prin monitorizarea corectă a sugariilor. Ministerul Sănătății își continuă studiile privind screening-ul detaliat pentru screening-ul vederii, bolile congenitale ale inimii și problemele sistemului imunitar în viitor (Instituția de sănătate publică din Turcia).

Evaluarea educațională și diagnosticarea situațiilor cu nevoi speciale sunt efectuate de Centrele de Orientare și Cercetare (RAM) afiliate Ministerului Educației (MEB, 2018), în timp ce diagnosticul medical este efectuat de medici specialiști în spitale de stat cu drepturi depline (Ministerul Sănătate, 2019).

B. Pregătirea specialiștilor. (programe universitare, postuniversitare și în curs de desfășurare, descriere a programelor

Nu există niciun program separat pentru formarea profesorilor care lucrează cu copiii cu dizabilități multiple în învățământul liceal / postuniversitar / continuu din Turcia. Astfel, lipsește educația teoretică și practică a profesorilor copiilor cu MDVI (dizabilități multiple cu deficiență de vedere). Practicienii / profesorii copiilor cu MDIV au educație în programe universitare / postuniversitare de educație specială, în general. Mai exact, profesorii care pot oferi educație studenților cu deficiențe de vedere primesc educație numai la Universitatea Gazi, Departamentul de Educație al Studenților cu Deficiență de vedere. Este posibil să menționăm două instituții principale responsabile cu formarea profesorilor din Turcia. Una dintre aceste instituții este Consiliul Învățământului Superior, iar cealaltă este Ministerul Educației Naționale. În timp ce candidații la cariera de profesori sunt instruiți cu programe de licență în sfera instituțiilor de învățământ superior, formarea continuă este asigurată pentru dezvoltarea cadrelor didactice în contextul Ministerului Educației Naționale.

Recent s-a experimentat o schimbare în domeniul educației speciale în anul 2014. Ministerul Educației Naționale a început să atribuie absolvenți ai Programului în educația pentru persoanele cu dizabilități mintale, Programul în educația cu deficiențe de auz și Programul în educația cu deficiențe de vedere ca „Profesori de educație specială”. Pe baza acestei schimbări, Consiliul Învățământului Superior a decis un program nou și unul de licență sub denumirea de „Predare în Educație Specială” prin combinarea programelor separate care sunt Programul de educație a persoanelor cu dizabilități mintale, Programul de educație pentru persoanele cu deficiențe de auz și Programul de educație a Deficienței vizuale și a adăugat, de asemenea, domeniile dizabilității de învățare și tulburări în spectrul autist (MEB, 2014). Facultățile de educație ale universităților pregătesc resursa didactică a Ministerului Educației Naționale. Drept urmare, modificările din cadrul Ministerului Educației Naționale în 2014 au dus la modificări în Consiliul Învățământului Superior în 2015. Programa a fost pregătită ca un program de bază prin combinarea programelor separate de predare a educației speciale în cadrul universităților. Astfel, atunci când candidații la



cariera de profesor devin profesori, ar trebui să știe cum să învețe elevii cu diferite dizabilități indiferent dacă sunt deficienți de vedere, deficienți de auz sau cu dizabilități mintale.

Absolvenții programului de predare a educației speciale sunt angajați ca profesori de educație specială de către instituțiile publice sau private de educație specială afiliate Direcției generale a serviciilor de orientare și consiliere a educației speciale, Ministerul Educației din Turcia.

Programul de predare a educației speciale este un program de 4 ani. Cursurile din program sunt cunoștințe profesionale, cultură generală și cursuri de educație pe teren. 59% din program este alcătuit din educație de teren, 28% sunt cunoștințe profesionale și 13% este cultură generală. În plus, studenții trebuie să urmeze 12 cursuri electivă. Absolvenții Programului de predare a educației speciale primesc titlul de „Profesor de educație specială” și pot lucra la școlile de stat sau private și la centrele de reabilitare afiliate Ministerului Educației Naționale

În prezent, în Turcia, la universitățile publice, există 29 de programe universitare de predare a educației speciale, iar la universitățile private există 7 programe universitare de predare a educației speciale.

În programele universitare de predare a educației speciale, cursurile obligatorii legate de domeniu sunt:

- Educație specială
- Dizabilități intelectuale și tulburări din spectrul autismului
- Deficiențe de auz și de vedere
- Dezvoltarea copilului
- Educație specială pentru copilăria timpurie
- Limba semnelor turcești
- Analiza comportamentului observat
- Incluziunea în educația specială
- Evaluarea în educația specială
- Susținerea abilităților lingvistice și de comunicare
- Predarea asistată de tehnologie în predarea specială
- Pregătirea planului individualizat de educație și tranziție
- Citire-Scriere cu Braille
- Practica de specialitate în instituțiile de educație specială
- Instrucțiuni de citire și scriere în educația specială
- Predarea științei și studiului social în educația specială
- Instrucțiuni de matematică în educația specială
- Predarea abilităților de artă în educația specială
- Educație fizică și sport pentru educație specială
- Predarea abilităților sociale în educația specială
- Instrucțiuni turcești în educație specială



- Educație specială la joacă și muzică
- Educația familială în educația specială
- Experiență școlară și instituțională în educație specială
- Practica de predare
- Tehnologii de instruire
 - Dezvoltarea materialelor în educația specială

În programele universitare de predare a educației speciale, cursurile sunt :

- Copii cu dizabilități multiple și educația lor
- Adulți și educație sexuală
- Programe de intervenție timpurie
- Munca de predare și abilități profesionale
- Munca și colaborarea interdisciplinară
- Predarea conceptului în dizabilitatea intelectuală
- Modificare instructivă în dizabilitatea intelectuală
- Predarea abilităților sociale în dizabilitățile intelectuale
- Modificare instructivă în dizabilitatea intelectuală
- Predarea abilităților sociale în dizabilitățile intelectuale
- Predare susținută de tehnologie în domeniul dizabilităților intelectuale
- Tranzițiile la vârsta adultă în dizabilitatea intelectuală
- Proces și practică de predare pedagogică
- Educarea copiilor cu tulburare în spectrul autist
- Metode alternative de comunicare în spectrul autist
- Managementul comportamentului în tulburările din spectrul autist
- Lucrul interdisciplinar și colaborarea în autism
- Predarea abilităților sociale în tulburarea spectrului autist
- Predarea tehnologiei în spectrul autismului
- Predarea abilităților de bază în tulburările spectrului autist
- Metode de predare fără erori
- Predarea tulburării spectrului autist înalt funcțional
- Tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate
- Dislexie: diagnostic și intervenție
- Dislalie și disgrafie: diagnostic și intervenție
- Strategii de învățare pentru dizabilități de învățare
- Tulburări de învățare și tulburări de comportament
- Susținerea abilităților non-academice în dizabilitățile de învățare
- Sprijinirea programele de formare în domeniul dizabilității de învățare
- Munca interdisciplinară și colaborarea în dizabilitățile de învățare
- Intervenție și evaluări în copilăria timpurie



- Discapacitate de scriere: diagnostic și intervenție
- Educație pentru gândirea critică
- Participarea familiei la educația vocațională
- Munca interdisciplinară și colaborarea în educația vocațională
- Educația senzorială în educația vocațională
- Educație specială și diagnostic în copilăria timpurie
- Probleme de învățare și educație în educația vocațională
- Program de dezvoltare în educația supradotată
- Orientare socială, emoțională și academică în educația vocațională
- Modele de diagnostic și teste în educația vocațională
- Educația gândirii creative
- Limbajul semnelor turcești avansat
- Natura auzului și tehnologiile de asistență
- Participarea familiei la educația pentru deficiențe de auz
- Deficiențe de auz și limbaj
- Elaborarea planului de lecție pentru persoanele cu deficiențe de auz
- Muncă interdisciplinară și colaborare în deficiențe de auz
- Intervenție timpurie pentru persoanele cu deficiențe de auz
- Sprijinirea abilităților de comunicare pentru persoanele cu deficiențe de auz
- Metode de predare speciale pentru persoanele cu deficiențe de auz
- Educație pentru implantul și ascultarea cohleară
- Susținerea abilităților vizuale
- Participarea familiei la educarea deficiențelor vizuale
- Tehnologii de asistență pentru persoanele cu deficiențe de vedere
- Educarea adulților cu deficiențe de vedere
- Lucrul interdisciplinar și colaborarea în deficiențele vizuale
- Intervenție timpurie pentru persoanele cu deficiențe de vedere
- Program de dezvoltare pentru persoanele cu deficiențe de vedere
- Predarea abilităților sociale persoanelor cu deficiențe de vedere
- Alfabetizare avansată în Braille
- Abilități de orientare și mobilitate

C. Programe de intervenție timpurie

În Regulamentul privind serviciile de educație specială, care este un regulament juridic important care reglementează serviciile de educație specială din Turcia (ultima revizuire a acestui regulament a fost publicată în 2018) afirmă că este esențial să se înceapă educația persoanelor cu nevoi speciale mai devreme. În consecință, serviciile de educație timpurie a copiilor cu nevoi speciale între 0-36 luni sunt efectuate la domiciliu - în funcție de nevoile copilului și ale familiei - cu școli de educație



specială, instituții de învățământ preșcolar și instituții de învățământ cu o grădiniță. Este esențial ca copiii cu vârsta peste 36 de luni să beneficieze de educație preșcolară. Toate serviciile oferite pentru astfel de copii și familiile lor sunt gratuite. Planurile de educație individualizate (IEP) sunt pregătite pentru ca acești copii să fie aplicați în instituția de învățământ unde continuă după raportul de îndrumare privind necesitatea unor nevoi speciale de la Centrele de Cercetare a Orientării (MEB, 2018).

Copiii cu nevoi speciale, care au pierderi senzoriale și probleme de neurodezvoltare sau probleme din diverse cauze înainte de naștere, în timpul și / sau după naștere (Ayyıldız, 2019), au șansa de a primi gratuit servicii individuale, de grup sau de fizioterapie în Educația Specială și Centre de reabilitare, care sunt organizații speciale afiliate Ministerului Educației Naționale. Conținutul unei astfel de educații va fi descris în raportul RAM. (MEB, 2012).

Unele instituții și programe care urmăresc să deservească copiii cu nevoi speciale și familiile lor cu vârste cuprinse între 0-6 ani sunt:

Fundația Educației Mamei și Copilului (AÇEV)

Fundația, care se înființează cu scopul de a crește calitatea educației părinților (în special a mamelor) și a copiilor și de a sprijini grupurile defavorizate, scopul de a crea șanse egale în educația preșcolară și educația copiilor cu nevoi speciale vin la avangarda. (<http://www.acev.org>).

RİBEM (Centru de asistență timpurie pentru bebeluși și copii cu risc)

Este un centru special în care fizioterapia și alte servicii de educație de sprijin sunt oferite sugarilor și copiilor între 0-6 ani și copiilor care au diverse probleme fizice, neurologice sau genetice sau cu risc (în special copiii cu paralizie cerebrală) (<https://ribem.com.tr/>).

De asemenea, studiile de intervenție timpurie ale institutelor de cercetare ale persoanelor cu dizabilități ale unor universități continuă (de exemplu, Universitatea Anadolu). (<https://eae.anadolu.edu.tr/enstitumuz/hakkımızda>).

Centrul de dezvoltare holistică centrală (Çekirdek Bütünsel Gelişim Merkezi)

Centrul este înființat în 2019 în scopul efectuării de studii de dezvoltare și evaluare educațională și de urmărire a copiilor cu deficiențe de vedere și cu dizabilități suplimentare cu vârsta cuprinsă între 0-6 ani și familiile lor. Familia copilului este inclusă în mod special în proces și se oferă sprijin cu privire la ceea ce pot face și acasă (<http://test.cekirdekgelisim.com.tr>).

Deoarece copiii cu dizabilități multiple nu pot fi diagnosticați în Turcia (deoarece dizabilitatea multiplă nu este definită ca o categorie formală de educație specială), serviciile de formare



necesare pentru astfel de copii și familiile lor sunt atât de limitate. Se știe că majoritatea copiilor cu dizabilități multiple au și pierderi senzoriale (în special pierderea vederii) (Ayyıldız, 2016).

Primele eforturi / lucrări de servicii educaționale care s-au desfășurat în Turcia pentru copii cu deficiențe de vedere și dizabilități asociate (dizabilități multiple cu deficiență de vedere-MDVI) și familiile lor au fost începute la Școala pentru nevăzători Türkan Sabancı. Aceste servicii au început în cadrul programului de intervenție timpurie (așa-numitele „grupuri de bebeluși”) și în clasa preșcolară stabilită pentru acești copii. De-a lungul anilor, pe măsură ce copiii care au beneficiat de intervenție în grupurile de copii cresc, s-au înființat mai multe clase preșcolare, clase de școală primară și chiar clase de gimnaziu pentru acești copii. Programul de intervenție timpurie la Școala pentru nevăzători Türkan Sabancı s-a încheiat după ce asistenta managerului școlii la acel moment și-a părăsit funcția în 2011. Serviciile de intervenție timpurie pentru copiii cu deficiențe de vedere și dizabilități suplimentare (MDVI) și familiile acestora au reapărut după 10 ani mai târziu, la Core Holistic Development Center în cadrul proiectului ErIsFaVIA. Este cea mai mare dorință a personalului proiectului și a familiilor copiilor cu MDVI, de a fi un model pentru astfel de studii, instituțiilor publice și private din toată țara.

V. BIBLIOGRAFIE

1. Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
2. Aka, N. (2013). Sağlıklı Gebelik ve Gebelikte Tarama Testleri. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-,Special Topics*,4 (6): 35-9.
3. Akalın, S., Demir, Ş., Sucuoğlu, B., Bakkaloğlu, H., & İşcen, F. (2014). The needs of inclusive preschool teachers about inclusive practices. *Eurasian Journal of Educational Research*, 54, 39-60.
4. Andreassen, C., Fletcher, P., Park, J. (2007). Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort: Psychometric Report for the 2-Year Data Collection, National Center for Education Statistics, US Department of Education Sciences, Washington
5. Ayyıldız E., Akçin N., Güven Y., (2016). Development of Preverbal Communication Skills Scale for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment. *Journal of Human Sciences*, 2, 2668-2681.
6. Ayyıldız, E., (2019), Erken Çocuklukta Özel Eğitim/Müdahale Nedenleri. H. Fazlıoğlu & H. Şengül Erdem (Ed.), *Özel Gereksinimli Çocuklar: Erken Çocuklukta Gelişim ve Eğitim içinde* (ss.187-217), Vize Akademik, Ankara.
7. Ayyıldız, E. (2007). Çok engelli çocuklarda erken müdahale, *Sapiens: Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3 (10), 50-52.



8. Ayyıldız E., Akçin N., Güven Y., (2016). Development of Preverbal Communication Skills Scale for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment. *Journal of Human Sciences*, 2, 2668-2681.
9. Bailey Jr, D. B. (2000). The federal role in early intervention: Prospects for the future. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 71-78.
10. Bagnato, S.J., Neisworth, J., Salvia, J., Hunt, F. (1999). *Temperament and Atypical Behavior Scale (TABS) Complete Set: Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction*, Brookes Publishing
11. Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory (Vol. 1)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.
12. Bassano, D. (2000). La constitution du lexique: le „developpement lexical precoce”, în Kail, M. și Fayol, M. (coord.). *L'acquisition du langage. Le langage en emergence. De la naissance a 3 ans*, Presses Universitaires de France, Paris;
13. Bayhan, B., ve Taştekin E. (2015). Early intervention models in Europe. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1 (2), 20-29.
14. Beirne-Smith, M., Ittenbach, R.F., Patton, J.R. (2002). *Mental Retardation*, Prentice-Hall, New-Jersey;
15. Bertoncini, J., de Boysson-Bardies, B. (2000). La perception et la production de la parole avant de deux ans, în Kail, M. și Fayol, M. (coord.). *L'acquisition du langage. Le langage en emergence. De la naissance a 3 ans*, Presses Universitaires de France, Paris;
16. Birkan. B. (2002). Early special education services. *Ankara University Educational Sciences Faculty Special Education Journal*, 3 (2), 99-109.
17. Blackman, J. A. (2002). Early intervention: A global perspective. *Infants & Young Children*, 15 (2), 11-19.
18. Bortolus, R., Parazzini, F., Trevisanuto, D., Cipriani, S., Ferrarese, P., Zanardo, V. (2002). Developmental assessment of preterm and term children at 18 months: reproducibility and validity of a postal questionnaire to parents, în *Acta Paediatr* 91, p. 1101 – 1107;
19. Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1, rev.)*, Tavistock Institute of Human Relations, Basic Books, New York
20. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (I)*. Attachment, Basic Books, Tavistock Institute of Human Relations, Basic Books, New York;
21. Bozarslan, B., & Batu, E. S. (2014). Examining the opinions of teachers working in private preschools about inclusion. *Journal of Abant İzzet Baysal University Education Faculty*, 14(2), 86-108.
22. Bricker, D., & Squires, J. (1999). *Ages and stages questionnaires: Aparent completed, child-monitoring system (2nd edition)*. Baltimore, MD: Brookes Publishing
23. Bricker, D. (2002). *Assessment, Evaluation, and Programming System (2nd edition)*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
24. Bricker, D., Schoen Davis, M., Squires, J. (2004). Mental Health Screening in Young Children, în *Infants and Young Children*, 17(2), p. 129-144;



25. Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American psychologist*, 34(10), 844.
26. Butterworth, G. (2004). Joint Visual Attention in Infancy, în Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.;
27. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child abuse & neglect*, 31(8), 829-852.
28. Cavallera, V., Tomlinson, M., Radner, J., Coetzee, B., Daelmans, B., Hughes, R., ... & Dua, T. (2019). Scaling early child development: what are the barriers and enablers?. *Archives of disease in childhood*, 104(Suppl 1), S43-S50.
29. Coleman, L., Sullivan, M.J., Krueger, L. (2002). *AbleNet Play & Learn A Motor Based Preschool Curriculum for Children of All Abilities*, AbleNet Inc.
30. Côté, S. M., Orri, M., Tremblay, R. E., & Doyle, O. (2018). A multicomponent early intervention program and trajectories of behavior, cognition, and health. *Pediatrics*, 141(5).
31. Cupples, M. E., Stewart, M. C., Percy, A., Hepper, P., Murphy, C., & Halliday, H. L. (2011). A RCT of peer-mentoring for first-time mothers in socially disadvantaged areas (the MOMENTS Study). *Archives of disease in childhood*, 96(3), 252-258.
32. Doliopoulou, E. (2017). Greece – ECEC Workforce Profile. In P. Oberhuemer & I. Schreyer (Eds), *Workforce Profiles in Systems of Early Childhood Education and Care in Europe*. Retrieved from http://www.seeepro.eu/English/pdfs/GREECE_ECEC%20_Workforce.pdf
33. Doliopoulou, E. & Kondoyianni, A. (2003). The interaction between kindergarten teachers and parents in Greece. *Studying the World of Children* 5, 88-108.
34. Drossinou, M., & Kaderoglou, E. (2005). Early Intervention Services in Greece. Present Situation and Future Prospects. In M. J. Guralnick (Ed), *The Developmental Systems Approach to Early Intervention* (pp. 481-502). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, Co.
35. Dubowitz, L., Dubowitz, V. (1981). *The Neurological Assessment of the Preterm and Full-term Newborn Infant*, în *Spastics International Medical Publications*, Hardbound, London;
36. Dugravier, R., Tubach, F., Saias, T., Guedeney, N., Pasquet, B., Purper-Ouakil, D. & Greacen, T. (2013). Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PloS one*, 8(8).
37. Durando, J.A., Chen, D., Petroff, J.G. (2017). Educating Students with Physical Disabilities, in Orelove, F.P., Sobsey, D., Gilles, D.L. (Eds.). *Educating Students with Severe Multiple Disabilities*, Brooks, Baltimore;
38. Ekinci, A. & Bozan, S. (2019). Evaluation of preschool and classroom teachers' perception related to passing compulsory preschool education. *Journal of Abant İzzet Baysal University Education Faculty*, 19 (2), 482-500.
39. European Commission (2019). Organization. Greece. Retrieved from https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/organisation-programmes-children-under-4-years-0_en



40. European Commission (2019). Assessment. Greece. Retrieved from https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/assessment-programmes-children-under-4-years-0_en
41. Farrell, M. (2009). *Foundations of Special Education: An Introduction*, Wiley-Blackwell Ltd.
42. Fernald, A. (2004). Hearing, Listening and Understanding: Auditory Development in Infancy, in Bremner, G., Fogel, A. (eds.). *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing;
43. Foulon, S., Greacen, T., Pasquet, B., Dugravier, R., Saïas, T., Guedeney, N. & CAPEDP Study Group. (2015). Predictors of study attrition in a randomized controlled trial evaluating a perinatal home-visiting program with mothers with psychosocial vulnerabilities. *PloS one*, 10(11).
44. Frankenburg, W.K. (1985). The Denver Approach to Early Case Finding, in Frankenburg, W.K., Emde, R.N., Sullivan, J.W. (eds.). *Early Identification of Children at Risk. An International Perspective*, Plenum Press, New York;
45. Gabovitch, E.M., Wiseman, N.D. (2005). Early Identification of Autism Spectrum Disorders in Zager, D. (ed.). *Autism Spectrum Disorders: Identification, Education, and Treatment*, LEA Publishers, London;
46. Gargiulo, R. M., & Kilgo, J. L. (2005). *Young children with special needs*. United Nations Publications.
47. Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child maltreatment*, 9(3), 277-291.
48. Glascoe, F.P. (1997). *Parents' Evaluations of Developmental Status: A Method for Detecting and Addressing Developmental and Behavioral Problems in Children*. Nashville, TN: Ellsworth & Vandermeer Press
49. Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents* (Vol. 7). Invest in Kids working paper.
50. Guedeney, A., Wendland, J., Dugravier, R., Saïas, T., Tubach, F., Welniarz, B., ... & Pasquet, B. (2013). Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPEDP Prevention Study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 594-601.
51. Guralnick, M. J. (2008). International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of Early Intervention*, 30 (2), 90-101.
52. Guralnick, M. J., & Neville, B. (1997). Designing early intervention programs to promote children's social competence. *The effectiveness of early intervention*, 579, 610.
53. Güven, G., & Efe Azkeskin, K. (2010). Early childhood education and preschool education. In *Early childhood education*, İ. H. Diken (Ed.) (ss. 2-50). Ankara: Pegem.
54. Hanson, M. J., & Lynch, E. W. (1995). *Early intervention: Implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled*. PRO-ED, 8700 Shoal Creek Blvd., Austin, TX 78757-6897.



55. Ireton, H. (1992). Child Development Inventory Manual, Behavior Science Systems, Inc., Minneapolis
56. Johnson, S., Marlow, N. (2006). Developmental screen or developmental testing?, in *Early Human Development*, 82, p. 173 – 183;
57. Johnson-Martin, N., Attermeier, S., Hacker, B. (2004). *The Carolina Curriculum for Infants&Toddlers with Special Needs*, 3rd ed., Brookes Publishing
58. Johnson Z, Howell F, Molloy B: Community mothers' programme: randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Br Med J* 1993, 306:1449–1452.
59. Jungmann, T., Brand, T., Dähne, V., Herrmann, P., Günay, H., Sandner, M., & Sierau, S. (2015). Comprehensive evaluation of the pro kind home visiting program: A summary of results. *Mental Health & Prevention*, 3(3), 89-97.
60. Jungmann, T., Sierau, S., Dähne, V., Serbati, S., Dugravier, R., & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination. *Nursing and Health Sciences*, 3(3).
61. Kamerman, S. B. (2000). Early childhood intervention policies: An international perspective. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 613-629.
62. Karnes, M.B. (1992). *Fit for Me: Activities for Building Motor Skills in Young Children*, Aqs Pub, Boxed Edition
63. Kartin, D., Grant, T. M., Streissguth, A. P., Sampson, P. D., & Ernst, C. C. (2002). Three-year developmental outcomes in children with prenatal alcohol and drug exposure. *Pediatric Physical Therapy*, 14(3), 145.
64. Kellman, P.J. (1996). *The Origins of Object Perception*, in Gelman, R., Au, T.K. (eds.). *Perceptual and Cognitive Development*, Academic Press, San Diego;
65. Kohli-Lynch, M., Tann, C. J., & Ellis, M. E. (2019). Early Intervention for Children at High Risk of Developmental Disability in Low-and Middle-Income Countries: A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4449.
66. Korner, A. F., Brown, J. V., Thom, V. A., & Constantinou, J. C. (2000). *The neurobehavioral assessment of the preterm infant. Manual revised (2nd ed.)*. Van Nuys, CA: Child Development Media Lipkin, P.H., Allen, M.C. (2005). Introduction: Developmental Assessment of the Young Child, in *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, p. 171 – 172;
67. Kourdistou, M. (2009). Early Intervention for children with learning difficulties. *Special Education Issues*, 43, 29-44. [Κουρδιστού, Μ. (2009). Πρώιμη Παρέμβαση σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. *Θέματα ειδικής αγωγής*, 43, 29-44 (in Greek)].
68. Kydoniatou, E., Andriotou, S., & Drosinou, M. (2001). Early Intervention Programs in Special Education Kindergartens of Mytilini. *Review of Educational Issues*, 17, 182-198 .[Κυδωνιάτου, Ε., Ανδριώτου, Σ., & Δροσινού, Μ. (2011) Προγράμματα Πρώιμης Παρέμβασης σε Νηπιαγωγεία Ειδικής Αγωγής. Ένα παράδειγμα από Νηπιαγωγεία της Μυτιλήνης. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 17, 182-198. (in Greek)]



69. Lacharité, C. (2010). La négligence envers les enfants: une perspective centrée sur les besoins des enfants. Bulletin du Centre national d'information sur la violence dans la famille, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/EB/eb-Nov-2010-farticle-fra.php>.
70. Lanfranchi, A., & Neuhauser, A. (2012). ZEPPELIN 0–3: Theoretische Grundlagen, Konzept und Implementation des frühkindlichen Förderprogramms „PAT–Mit Eltern Lernen “. Frühe Bildung.
71. Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L., & Price, C. (2001). National Evaluation of Family Support Programs. Final Report Volume A: The Meta-Analysis.
72. Law 3699/2008. Special Education of persons with disabilities and special educational needs. Government Gazette of the Hellenic Republic 199/A/2-10-2008 [Νόμος 3699/2008. Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. ΦΕΚ Α 199/2.10.2008 (in Greek)].
73. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., ... & Fuligni, A. S. (2005). The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs. *Developmental psychology*, 41(6), 885.
74. Lutzker, J. R., & Bigelow, K. M. (2001). Reducing child maltreatment: A guidebook for parent services. Guilford Press.
75. Majnemer, A., Snider, L. (2005). A Comparison of Developmental Assessments of the Newborn and Young Infant, in *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, p. 68 – 73;
76. McConnell, S.R., Rahn, N.L. (2016). Assessment in Early Childhood Special Education, in Reichow, B., Boyd, B.A., Barton, E.E., Odom, S.L. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Special Education*, Springer,
77. McCollum, J. A., & Maude, S. (1993). Early childhood special educators as early interventionists: Issues and emerging practices in personnel preparation. *Yearbook of early childhood education*. White Plains, NY: Longmen.
78. Meyer, E.C., Zeanah, C.H., Boukydis, Z., Lester, B.M. (1993). A Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants: Concept and Applications, in *Infant Mental Health Journal*, 14(3), p. 192 – 207;
79. MEB [Ministry of National Education] (1997). Decree Law No. 573 (KHK). Retrieved from https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2012_10/10111011_ozel_egitim_kanun_hukmunda_kararname.pdf.
80. MEB [Ministry of National Education] (2000). Special Education Services Regulations. *T.C Resmi Gazete*, 23937, 18 Ocak 2000.
81. MEB [Ministry of National Education] (2006). Special Education Services Regulations. Retrieved from https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2018_07/09101900_ozel_egitim_hizmetleri_yonetmeligi_07072018.pdf
82. MEB [Ministry of National Education] (2014). Preschool Institutions and Primary School Institutions Regulations. Retrieved from <http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/1703.pdf>



83. MEB [Ministry of National Education] (2017). Circular on Education Practices with Inclusion/Integration. Retrieved from https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_09/21112929_kaynastirma_genelge.pdf.
84. MEB [Ministry of National Education] (2014). Teaching Areas, Assignment and Teaching Principles [Öğretmenlik Alanları, Atama ve Ders Okutma Esasları]. Tebliğler Dergisi, 2678, February 20, 2014. The Council of Higher Education. Program name change. Number: 75850160104.01.02.01/843, Ankara.
85. MEB [Ministry of National Education] (2018).. Special Education Services Regulations. Retrieved from <http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/1963.pdf>
86. MEB (2018). Özel Eğitim Kurumları Yönetmeliği. Retrieved from http://ookgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_09/06103840_Ozel_EYitim_KurumlarY_YonetmeliYi.pdf
87. MEB (2018). Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. Retrieved from http://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2018_07/09101900_ozel_egitim_hizmetleri_yonetmeli_gi_07072018.pdf Richardson-Gibbs, M. A., & Klein, M. D. (2014). Making preschool inclusion work. H. Bakkaloğlu and B. Sucuoğlu (trans.ed.). Ankara: Nobel Publishing.
88. Milani, P., Serbati, S., & Ius, M. (2011). PIPPI: Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione. Guida Operativa.
89. Ministerial Decision 16065/17-4-2002. Standard Regulation for the Operation of Municipal and Community Legal Entities under Public Law for Children and Nurseries. Government Gazette of the Hellenic Republic 497/τ.Β' /22-4-2002 [Υπουργική Απόφαση 16065/17-4-2002. Πρότυπος Κανονισμός Λειτουργίας Δημοτικών και Κοινοτικών Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών. ΦΕΚ 497/22-4-2002 (in Greek)].
90. Ministerial Decision 211076/ΓΔ4/13-12-2018. Rules of Procedure of the Training and Counseling Support Centers (KESY) and in particular the duties and responsibilities of their staff. Government Gazette of the Hellenic Republic 5614/B/13-12-2018 [Υπουργική Απόφαση 211076/ΓΔ4/13-12-2018. Ενιαίος Κανονισμός λειτουργίας των Κέντρων Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ.) και ειδικότερα καθήκοντα και αρμοδιότητες του προσωπικού τους. ΦΕΚ 5614/B/13-12-2018 (in Greek)].
91. Ministerial Decision 47305/12.12.2018. Health Benefits Regulation of the National Health Service Agency. Government Gazette of the Hellenic Republic Β' 5571/12.12.2018 Υπουργική Απόφαση 47305/12.12.2018 Προσθήκη παραρτήματος στο άρθρο 45 «Ειδικές Θεραπείες (λογοθεραπείες, εργοθεραπείας, ψυχοθεραπείες, φυσικοθεραπείες) παιδιών/εφήβων» της με αρ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/B' /3-11-2011) «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αντικαταστάθηκε με την αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/1-11-2018 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β' 4898/2018). (in Greek)].
92. Nadelman, L. (2004). Research Manual in Child Development, 2nd ed., LEA Publishers, London;



93. Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child abuse & neglect*, 27(9), 997-1017.
94. Neisworth, J.T., Bagnato, S.J. (2004). The MisMeasure of Young Children: The Authentic Assessment Alternative, in *Infants and Young Children*, 17(3), p. 198-212;
95. Neuhauser, A. (2014). A closer look at the effectiveness of early childhood education in at-risk families. *Mental Health & Prevention*, 2(3-4), 43-57.
96. OECD (2018). *Education for a Bright Future in Greece, Reviews of National Policies for Education*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264298750-en>.
97. Parker, Amy & Ivy, Sarah. (2014). *Communication Development of Children with Visual Impairment and Deafblindness: A Synthesis of Intervention Research*. *International Review of Research in Developmental Disabilities*. 46. 101-143. 10.1016/B978-0-12-420039-5.00006-X.
98. Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC public health*, 13(1), 17.
99. Perkins, J., Butterfield, P., & Ottem, N. (2002). *Listen, Love, Play. Partners in Parenting Education. Educator's Guide for the Partners in Parenting Education Curriculum*. Denver CO: How to Read your Baby. Brighton, Second Edition. Manfred Cierpka.
100. Petrogiannis, K. (2010). Early childhood care and education in Greece: Some facts on research and policy. *International Journal of Early Childhood*, 42, 131-139. doi:10.1007/s13158-010-0016-4
101. Saïas, T., Greacen, T., Tubach, F., Dugravier, R., Marcault, E., Tereno, S., ... & CAPEDP Study Group. (2013). Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 66-70.
102. Saïas, T., Greacen, T., Tubach, F., Dugravier, R., Marcault, E., Tereno, S., ... & CAPEDP Study Group. (2013). Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 66-70.
103. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. Retrieved from https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonu_bakim.pdf.
104. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık Raporları Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge*. Retrieved from <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33129,1--saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf?0>
105. Sandner, M. (2013). Effects of early childhood intervention on maternal employment, fertility and well-being: Evidence from a randomized controlled trail (No. 516). *Diskussionsbeitrag*.
106. Sazak Pınar, E. (2006). The development of special education in early childhood and early childhood special education practices in Turkey and in the world. *Ankara University Education Sciences Faculty Special Education Journal*, 7 (2) 71-83.



107. Schaub, S., Ramseier, E., Neuhauser, A., Burkhardt, S. C., & Lanfranchi, A. (2019). Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of Parents as Teachers in Switzerland. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 173-185.
108. Serbati, S., Ius, M., & Milani, P. (2016). PIPPI Programme of Intervention for Prevention of Institutionalization. Capturing the Evidence of an Innovative Programme of Family Support. *Revista de cercetare si interventie sociala*, 52.
109. Shapiro, B.K. (2011). Reflections on Early Identification, in Eidelman, S. (ed.). *Early Childhood Intervention. Shaping the Future for Children with Special Needs and Their Families*, vol 1., Contemporary Policy and Practices Landscape, Praeger, Santa Barbara;
110. Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge University Press
111. Slater, A. (2004). Visual Perception, în Bremner, G., Fogel, A. (eds.). *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing;
112. Smith, D.W., Kelly, S.M. (2014). Assistive Technology for Students with Visual Impairments: A Research Agenda, in
113. Sierau, S., Dähne, V., Brand, T., Kurtz, V., von Klitzing, K., & Jungmann, T. (2016). Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: a randomized controlled trial. *Prevention science*, 17(1), 40-51.
114. Simeonsson, R. J. (1994). *Risk, resilience & prevention: Promoting the well-being of all children*. Paul H Brookes Publishing Co..
115. Stack, D.M. (2004). The Saliency of Touch and Physical Contact During Infancy: Unraveling Some of the Mysteries of the Somesthetic Sense, în Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.;
116. Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child development*, 75(5), 1435-1456.
117. Sucuoğlu, B., & Bakkaloğlu, H. (2018). *Inclusion in preschool: Teacher education*. Ankara: PEGEM Academy.
118. Tavoulari, A., Katsoulis, P., Argyropoulos V. (2014). Early intervention in Greece: Present situation and proposal for the future. In M. Vuković (Ed.), *The 8th International Scientific Conference Special Education and Rehabilitation today*. (pp. 117-125), Belgrade: University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation
119. Tavis, C., Wade, C. (1997). *Psychology in Perspective*, Addison-Wesley Educational Publishers Inc., New-York;
120. Tereno, S., Madigan, S., Lyons-Ruth, K., Plamondon, A., Atkinson, L., Guedeney, N., & Guedeney, A. (2017). Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization. *Development and psychopathology*, 29(2), 637-6



121. Thompson, R.J., Catlett, A.T., Oehler, J.M., Gustafson, K.E., Goldstein, R.F. (1998). Home Environment and Developmental Outcome of African American and White Infants with Very Low Birthweight, *in Children's Health Care*, 27(1), p. 1-14;
122. Totsika, V., Sylva, K. (2004). The Home Observation Measurement of the Environment Revisited, *in Child and Adolescent Mental Health*, 9(1), p. 25-35;
123. Trevarthen, C. (1993). The Self Born in Intersubjectivity: The Psychology of an Infant Communicating, *in Neisser, U. (ed.) The Perceived Self*. Cambridge University Press;
124. Türkiye Halk Sağlığı. Yenidoğan tarama programı. Retrieved from <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11173,259822214447pdf.pdf?0>.
125. Tzouriadou, M., Vouyoukas, C., Anagnostopoulou, E., & Michalopoulou, L.E. (2015). Early Intervention of Kindergarten Children at Risk for Developmental Disabilities: A Greek Paradigm. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, 3(4), 238-246.
126. Universal Declaration of Human Rights Article 25(2) retrieved from <https://www.un.org/development/desa/disabilities/history-of-united-nations-and-persons-with-disabilities-a-human-rights-approach-the-1970s.html>
127. Veneziano, E. (2000). Interaction, conversation et acquisition du langage dans les trois premières années, *in Kail, M. și Fayol, M. (coord.). L'acquisition du langage. Le langage en emergence. De la naissance a 3 ans*, Presses Universitaires de France, Paris;
128. Walker, S. P., Chang, S. M., Vera-Hernández, M., & Grantham-McGregor, S. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics*, 127(5), 849-857.
129. Weatherston, D. (2005). Returning the Treasure to Babies. An Introduction to Infant Mental Health Service and Training, *in Finello, K.M. (ed.), The Handbook of Training and Practice in Infant and Preschool Mental Health*, Josey-Bass, San Francisco;
130. Wetherby A, Prizant B (2002). The Infant Toddler Checklist from the Communication and Symbolic Behavior Scales. Baltimore: Brookes Publishing
131. Wilmshurst, L. (2005). *Essentials of Child Psychopathology*, John Wiley & Sons, Inc.;
132. Witherington, D.C., Campos, J.J., Hertenstein, M.J. (2004). Principles of Emotion and its Development in Infancy, *in Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.
133. Wyly, M. V. (1997). *Infant Assessment*, Westview Press, Boulder.
134. Yıldırım Doğru, S. S. (2019). Special education in early childhood. S. S. Yıldırım Doğru (Ed.), *in Special education in early childhood* (ss. 1-17). Ankara: Vize Academic Publishing.
135. Zeanah, P., Stafford B., Zeanah, C. (2005). Clinical Interventions to Enhance Infant Mental Health: A Selective Review. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA.
136. Zero to Three (1999). *Diagnostic Classification 0 – 3: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington DC;



137. Zigler, E. F. (2000). Handbook of early childhood intervention, Cambridge University Press.

Electronic References

*** <http://www.acev.org>

***<http://test.cekirdekgelisim.com.tr>

***<https://eae.anadolu.edu.tr/enstitumuz/hakkimizda>

***<https://ribem.com.tr/>