



Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Филозофски факултет – Скопје

Институт за специјална едукација и рехабилитација

Интелектуална попреченост и аутизам



**РОДИТЕЛИТЕ, ВОСПИТУВАЧИТЕ, МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ И
СПЕЦИЈАЛНИТЕ ЕДУКАТОРИ И РЕХАБИЛИТАТОРИ, ФАКТОРИ
НА РАНА ДЕТЕКЦИЈА, ДИЈАГНОСТИКА И РАНИ ИНТЕРВЕНТНИ
ПРОГРАМИ КАЈ АУТИСТУЧЕН СПЕКТАР НА НАРУШУВАЊА**

– магистерски труд –

Кандидат:

Нада Дупјачанец-Николовска

Ментор:

проф. д-р Владимир Трајковски

Скопје, ноември 2022 година

ОДБРАНА НА МАГИСТЕРСКИ ТРУД

**РОДИТЕЛИТЕ, ВОСПИТУВАЧИТЕ, МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ И
СПЕЦИЈАЛНИТЕ ЕДУКАТОРИ И РЕХАБИЛИТАТОРИ, ФАКТОРИ
НА РАНА ДЕТЕКЦИЈА, ДИЈАГНОСТИКА И РАНИ ИНТЕРВЕНТНИ
ПРОГРАМИ КАЈ АУТИСТУЧЕН СПЕКТАР НА НАРУШУВАЊА**

Комисија за оцена на
магистерскиот труд:

1. Проф. д-р Владимир Трајковски
2. Проф. д-р Зора Јачова
3. Проф. д-р Алма Тасевска

Кандидат:

Нада Дупјачанец-Николовска

Датум:

16 декември 2022 год.

Овој труд му го посветувам на моето семејство

СОДРЖИНА

СКРАТЕНИЦИ	6
РЕЗИМЕ	8
ABSTRACT	10
ВОВЕД.....	12

I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ	14
---	----

1. Карактеристики на АСН како основа за детекција	14
2. Инструменти за рана дијагностика	20
3. Дефинирање на проблемот и основните поими	26
4. Релевантни истражувања поврзани со проблемот на истражување	29

II. ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНТНИ ПРОГРАМИ	32
---	----

1. Применета бихевиорална анализа	32
2. DTT-програма (DTT – Discrete Trial Training)	34
3. EIBI-програма (EIBI – Early Intensive Behavioral Intervention).....	36
4. PRT-програма (PRT – Pivotal Response Training).....	38
5. VBI-програма (VBI – Verbal behavior intervention).....	40
6. SRT-програма (SRT – Spontaneous response teaching)	42
7. Когнитивен бихевиорален третман	43
8. DIR-програма (DIR – Developmental and individual relationship therapy-floor time).....	45
9. TEACCH-програма.....	47
10. Ран старт DENVER-програма	48
11. LOVAAS-програма.....	50
12. LEAP-програма (LEAP – Learning experience and alternative program for preschoolers) 52	
13. Логопедски третман	54
14. Програма „Повеќе од зборови“ (More than words – Hanen center).....	57
15. Музикотерапија или IMT (IMT – Improvisational Music Therapy)	58
16. Сензорна интеграција.....	59
17. Окупациона терапија.....	61
18. Психотерапија.....	62
19. SCERTS-програма	64

III. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	67
--	----

1. Предмет на истражувањето	67
2. Цели на истражувањето	67
3. Задачи на истражувањето	68

4. Хипотези на истражувањето	70
5. Варијабли на истражувањето	71
6. Методи, техники, инструменти.....	72
7. Популација и примерок	73
8. Статистичка обработка на податоците.....	76
9. Организација и тек на истражувањето	77
IV. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ	79
1. Демографска анализа	79
2. Анализа на резултатите за категоријата воспитувачи/негувателки.....	84
3. Анализа на резултатите за категоријата родители	92
4. Анализа на резултатите за категоријата матични лекари.....	100
5. Дескриптивна статистика за категоријата воспитувачи/негувателки	105
6. Компаративна анализа на фреквенции за категоријата воспитувачи и негувателки.....	107
7. Дескриптивни статистички податоци за категоријата родители	116
8. Компаративна анализа на фреквенции за категоријата родители	117
9. Дескриптивни статистички податоци за категоријата матични лекари	125
10. Компаративна анализа на фреквенциите за категоријата матични лекари.....	126
11. Хипотези.....	135
V. ДИСКУСИЈА	147
Лимитации на истражувањето и придонеси за идните истражувања	157
VI. ЗАКЛУЧОЦИ	159
VII. ПРЕПОРАКИ	162
VIII. ЛИТЕРАТУРА	164
IX. ПРИЛОЗИ	173

СКРАТЕНИЦИ

АСН	– Аутистичен спектар на нарушувања
ДСМ 5 (DSM 5)	– Дијагностички и статистички прирачник на ментални нарушувања, петта едиција (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
АДОС 2 (ADOS 2)	– Скала за дијагностичка проценка на аутизам преку опсервација 2 (Autism Diagnostic Observation Schedule)
АДИ-Р (ADI-R)	– Дијагностичко интервју за аутизам – ревидирано (Autism Diagnostic Interview – Revised)
АДЕЦ (ADEC)	– Дијагностичка алатка за детекција на аутизам во рано детство (Autism Detection in Early Childhood)
АБС (ABC)	– Листа за проверка, т.е. чек-листа за несоодветно социјално однесување (Aberrant Behaviour Checklist)
ЦАРС (CARS)	– Скала за проценка на аутизам во детството (Childhood Autism Rating Scale)
М-ЦХАТ (M-CHAT)	– Модифицирана чек-листа за проценка на аутизам кај доенчиња (Modified Checklist for Autism in Toddlers)
ПЕДС (PEDS)	– Родителска евалуација на развоен статус (Parents evaluation of Development Status)
СРС (SRS)	– Скала за проценка на социјален одговор (Social Responsiveness Scale)
ДБЦ-ЕС (DBC-ES)	– Чек-листа за развој на однесување – ран скрининг (Development Behaviour Checklist - Early Screen)
АТЕЦ (ATEC)	– Чек-листа за евалуација на третман кај аутизам (Autism Treatment Evaluation Checklist)
СЛП (SLP)	– Профил на учење на ученикот (Student Learning Profile)
АБА (ABA)	– Применета бихевиорална анализа (Applied Behavior Analysis)
ДТТ (DTT)	– Тренинг преку дискретни обиди (Discrete Trial Training)
ЕИБИ (EIBI)	– Рана интензивна интервенција на однесувањето (Early Intensive Behavioral Intervention)
ВБИ (VBI)	– Вербална интервенција на однесување (Verbal behavior intervention)

CPT (SRT)	– Учење на спонтан одговор (Spontaneous response teaching)
ДИР (DIR)	– Развојна и терапија базирана на релации – време минато на подот (Developmental and individual relationship therapy-floor time)
ЕСДМ (ESDM)	– Ран старт DENVER-модел – рана интервентна програма кај аутизам (Early Start Denver Model)
ЛЕАП (LEAP)	– Учење низ искуство и алтернативна програма за предучилишни деца (Learning experience and alternative program for preschoolers)
ИМТ (IMT)	– Импровизирана музикотерапија (Improvisational Music Therapy)
ТЕАЦЦХ (TEACCH)	– Третман и едукација на деца со аутизам и деца со хендикеп во комуникација (Treatment and education of Autistic and Communication Handicapped Children)

(Во магистерскиот труд ќе бидат користени латиничните верзии на скратениците.)

РЕЗИМЕ

Дупјачанец Н. Н. Родителите, воспитувачите, матичните лекари и специјалните едукатори и рехабилитатори, фактори на рана детекција, дијагностика и рани интервентни програми кај аутистичен спектар на нарушувања. Магистерски труд. Филозофски факултет: Скопје, 2022; 1 – 179.

Вовед. Раната детекција на АСН е услов за рана дијагностика, но и можност за спроведување ран третман кој, докажано, е со најголеми ефекти. Воспитувачите, родителите и матичните лекари се фактори за рана детекција и вовед кон дијагностика.

Цел. Да се утврдат факторите од кои зависи раната детекција, дијагностика, но и достапноста на рани интервентни програми за АСН.

Методи. Во истражувањето е вклучен примерок од 1 142 воспитувачи и негувателки, од кои $N = 987$ за експерименталната и $N = 155$ за контролната група испитаници. Вкупниот примерок на родители изнесува 4 271, од кои $N = 3 442$ испитаници во експерименталната и $N = 829$ испитаници во контролната група. Вкупниот примерок на матични лекари вклучени во истражувањето изнесува 123, од кои $N = 75$ за експерименталната и $N = 48$ за контролната група. За центрите за рана стимулација $N = 10$. За статистичка обработка на податоците е користен статистичкиот софтвер *СПСС (SPSS)*, а добиените резултати се дел од дескриптивната статистика, компаративните анализи и корелациите. За потребите на анализите од делот за корелации се користени се: Персон Хи квадрат тест, Likelihood Ratio, Linear-by-Linear асоцијацијата. За статистички значајна разлика се сметаше вредност на $p < 0,05$.

Резултати. Добиените резултати покажуваат корелација на стручните компетенции на воспитувачите/негувателките, во прилог на детекција на АСН, со претходно практично искуство, со вредност на $p < 0,001$; со подготвеноста за активно учество во планирање и реализација на развојна програма на дете со АСН кое посетува градинка, со вредност на $p < 0,001$; со подготвеноста на профилот воспитувач да сподели информација за забележана развојна недоследност со родителите ($p < 0,023$); со партиципација во тимот кој спроведува рана интервенција за дете со АСН надвор од градинката ($p < 0,006$). Стручните компетенции на воспитувачите/негувателките за работа со деца со АСН во градинките се во корелација со подготвеноста за соработка и партиципација во тимот кој спроведува рана интервенција за дете со аутизам надвор од градинката ($p = 0,001$), директната вклученост во планирање и реализација на развојна програма за дете со аутизам, но и во корелација со начинот на кој воспитувачот ја остварува соработката со родителите на дете со аутизам ($p < 0,001$).

Знаењата на родителите за однесување кое најдобро опишува лице со аутизам се во корелација со возраста на родителите ($p < 0,001$), образовниот статус на родителите ($p < 0,001$) и вкупниот број на деца во семејството ($p < 0,001$). Социокултурната средина во која живее семејството (со потесна определба етникум) е фактор за презентираниот став за тоа кој треба да е реализатор на активностите во прилог на развој на дете со аутизам во градинка.

Постојат предрасуди во убедувањето кај матичните лекари кои се резултат на социокултурната средина во која егзистира матичниот лекар.

Стручните компетенции во прилог на рана дијагностика кај матичните лекари се во корелација со работното искуство ($p < 0,005$).

Најчесто користени рани интервентни програми за АСН во центрите за рана стимулација на раст и развој се: сензорната интеграција, окупационата терапија и логопедскиот третман.

Заклучок. Стручните компетенции на воспитувачите/негувателките во прилог на детекција на аутизам, но и стручните компетенции во прилог на работа со деца со АСН ја детерминираат подготвеноста на профилот да ја сподели забележаната развојна недоследност со родителите, да оствари соодветна и потребна соработка со родителите, да учествува во подготовка и реализација на развојна програма наменета за дете со аутизам, но и да партиципира во тимовите кои спроведуваат рана интервенција надвор од градинката. Сето ова е во прилог на рана детекција. Образовниот статус на родителите, возраста и вкупниот број на деца во семејството влијаат на родителското разбирање за однесувањето на лицата со аутизам. Според ова, национална стратегија, со цел соодветно информирање на родителите независно од социокултурната средина, образовниот статус и возраста, е повеќе од неопходна.

Подобрување на стручните компетенции на матичните лекари не само во прилог на дијагностичка претпоставка туку и иницирање на ран скрининг за аутизам во рамки на примарната здравствена заштита.

Рана интервенција за аутизам преку интензивен третман, но и соодветни компетенции на администраторите за истиот.

Креирање центри за обука на родители за потребите на третманот, т.е. во улога на терапевти.

Клучни зборови: аутистичен спектар на нарушувања, рана детекција, рана дијагностика, рана интервенција, родители, воспитувачи/негувателки, матични лекари, специјални едукатори и рехабилитатори.

ABSTRACT

Dupjachanec, NN. Educators, parents, general practitioners and special educators and rehabilitators, early detection factor, diagnostics and early intervention programs in the Autistic Spectrum Disorders. Master's Thesis. Faculty of Philosophy: Skopje, 2022; 1-179.

Introduction: the early detection of ASD is a condition for early diagnosis, which gives the possibility of introducing the child to early treatment, which has been proven, with the greatest effects. Educators, parents and general practitioners (family doctors, pediatricians) are a factor in the early detection and introduction to diagnostics.

Purpose: To determine the factors on which early detection and diagnostics depend on, but also to determine the availability of early intervention programs for ASD.

Methods: The study included a sample of 1 142 educators and caregivers/nursery, of whom N=987 for experimental and N=155 for a control group of subjects. The total sample of parents is 4271, out of which N=3442 subjects in the experimental and N=829 subjects in the control group. The total sample of general practitioners (family doctors, pediatricians) involved in the study is 123, out of which N=75 for experimental and N=48 for a control group. Statistical SPSS software is used for statistical data processing, and the results obtained are part of descriptive statistics, comparative analyses, and correlations. Pearson Hi square test, Likelihood Ratio, Linear-by-Linear Association are used for the needs of the correlations analysis section. A value of $p < 0.05$ was considered as statistically significant difference.

Results: The obtained results show a correlation between the professional competencies for the detection of ASD, for the category of educators, with previous practical experience, with a value of $p < 0.001$, a correlation of competencies for the detection of ASD with the readiness of the educators for active participation in planning and implementation of a development program for a child with ASD who attends kindergarten, with a value of $p < 0.001$, correlation of competencies for detection of ASD with the readiness of the educator profile to share the information about observed developmental inconsistency with the parents ($p < 0.023$). Correlation of ASD detection competencies with participation in the team implementing the Early Intervention for the child with ASD outside of kindergarten ($p < 0.006$). The professional competencies for working with children with ASD in kindergartens are correlated with the readiness for cooperation and participation in the team that implements the Early Intervention for the child with autism outside the kindergarten ($p = 0.001$), the direct involvement in the planning and implementation of a development program for the child with autism, but also a

correlation with the way the educator cooperates with the parents of a child with autism ($p < 0,001$).

Parents' knowledge of the behavior that best describes a person with autism is correlated with the parents' age ($p < 0,001$), the parents' educational status ($p < 0,001$) and the total number of children in the family ($p < 0,001$). The socio-cultural environment in which the family lives (a narrower determination by ethnicity) is a factor in the presented view about who should be the implementer of the activities in support of the development of a child with autism in kindergarten.

There are prejudices in the conviction of general practitioners (family doctors, pediatricians) which are the result of the socio-cultural environment in which the general practitioners (family doctors, pediatricians) lives in.

Professional competencies in addition to early diagnostics among general practitioners (family doctors, pediatricians) are correlated with the work experience ($p < 0,005$).

The most commonly used early intervention programs for ASD at the early stimulation of growth and development centers are Sensory Therapy, Occupational Therapy, and Speech Therapy.

Conclusion: Professional competences of educators/ caregivers for autism detection, as well as the professional competences in working with children with ASD, which determine the willingness of the educator profile to share the observed developmental inconsistency with the parents, to achieve appropriate and necessary cooperation with the parents, to participate in the preparation and implementation of a development program intended for the child with autism, but also to participate in the teams that implement the early intervention outside kindergarten, are a basic requirement for early detection. Parents' educational status, age, and the total number of children in the family influence the parental understanding of the behavior of individuals with autism. Hence, a national strategy, with the aim of properly informing parents regardless of socio-cultural environment, educational status and age, is more than necessary. Improving the professional competences of general practitioners (family doctors, pediatricians) not only in support of a diagnostic assumption, but also in initiating early screening for autism within the framework of primary health care. Early intervention for autism through intensive treatment, but also through appropriate competencies of the administrators for it. Creation of centers for the training of parents for the needs of the treatment, i.e. in the role of therapists.

Keywords: Autistic spectrum disorders, early detection, early diagnosis, early intervention, parents, educators / caregivers, general practitioners (family doctors, pediatricians), special educators and rehabilitators.

BOBED

Аутистичен спектар на нарушувања, чадор-термин кој во согласност со DSM-5 се однесува на аутизам, Аспергеров синдром, детско дезинтегративно нарушување, первазивно развојно нарушување неспецифицирано на друг начин. Во согласност со дијагностичкиот критериум, первазивното развојно нарушување – АСН го одбележуваат дефицити во две подрачја, и тоа: во социјалната комуникација/интеракција и репетитивните обрасци на однесување. Споредено со дефиницијата која стои во DSM IV – TR, сферите со дефицит кои го одбележуваат нарушувањето се однесуваат на социјалната реципрочност, намерата за комуникација и репетитивното однесување (1,2).

Направените измени во дефинирањето на АСН, кое и денес претставува вистински предизвик како за истражувачите така и за практичарите, даваат ефекти во поголемо специфицирање на состојбата, но, од друга страна, ефектуираат со намалена сензитивност за дијагностика (3).

АСН го одбележува мултифакторијална етиологија, со значајни разлики во презентираното однесување, нивото и вклученоста во интеракцијата и комуникацијата, нивото на академски достигнувања и нивото на самостојност воопшто (4,5).

Основна цел на третманот за АСН, кој е одбележан со доживотност на состојбата, е да обезбеди активна партиципација на лицето со АСН во општествената заедница и развој на независност, а во согласност со личните желби, избори, можности. Затоа, изборот на третман кој се практикува секогаш треба да е насочен централно, кон лицето, кон неговите можности, потреби, како и избори (6).

Фазата третман секогаш следува по фазите детекција и дијагностика. Раната детекција и раната дијагностика честопати даваат можност за спроведување рани интервентни програми (развојни, релациони, бихевиорални, едукативни, биомедицински) кои покажуваат значителни подобрувања врз основа на презентираните резултати на ниво на зголемено учество во социјалните интеракции, вештини за игра, градење релации, регулација на емоциите преку разбирање на емоциите, соодветна гестикација, разбирање на презентирани тоналитет на глас, зголемени можности за академски достигнувања, интеграција на сетилните модалитети за соодветно восприемање и обработка на податоците од непосредната средина, намалување на иритабилноста и репетитивните обрасци на однесување, моторни маниризми, но подразбираат и активна партиципација на семејството и сите вклучени во третманот во услови на позитивна клима и соработка (7).

Постојат бројни истражувања кои зборуваат за ефектите од имплементираните рани интервентни програми, што е факт кој ја потврдува неопходноста од рана детекција, што, пак, води кон рана дијагностика. Истата, во европски рамки, се однесува на дијагностички просек од 24-месечна возраст кога отпочнува и третманот со тенденција за поместување на возрастната граница и пред втората година (8, 9).

Основно за детекција е познавањето на презентираната аутистична симптоматологија, забележана како специфично развојно отстапување. Ако се има предвид дека семејството е прва социјална средина на детето, а центарот за ран детски развој втора, повеќе од неопходно е родителите, воспитувачите, негувателките и сите останати вклучени во развојот добро да ги познаваат развојните текови, но и да поседуваат соодветни стручни компетенции кои одат во прилог на детекција, поддршка и имплементација на третманот за потребите за развој на детето (10, 11).

Дијагностиката може да се одвива на повеќе различни нивоа и истата да вклучува функционална, развојна и медицинска (вклучително и диференцијална) дијагностика.

Резултатите од направената дијагностика водат кон избор на соодветен третман кој одговара на потребите на индивидуата и нејзиното семејство (12).

Секако, матичните лекари се нераскинлива алка од синцирот кој оди во прилог на рана детекција, но и рана дијагностика. Тие не само што треба да имаат увид во достапните дијагностички алатки и целокупниот процес на дијагностика, туку треба и да ја обезбедат потребната информација за достапни сервиси и рани интервентни програми за родителите, но и да бидат поддршка за тие што побрзо да ја надминат состојбата на шок. Впрочем, конструктивно групирање на семејството оди во прилог на соодветен одговор на потребите за развој на детето со АСН преку избор на рана интервентна програма соодветна на потребите на детето, што е продуктивен и очекуван пристап (13, 14).

I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1. Карактеристики на АСН како основа за детекција

Нарушувањата кои ја одбележуваат состојбата се бројни и варираат во презентацијата и степенот на изразеност.

Она што е заедничко е дека најголем дел од симптомите 80 до 90 проценти од родителите ги забележуваат кај своите деца пред возраст од 24 месеци, и тоа како форма на несоодветно (атипично) однесување за возраста (15).

Во основа, најголемиот дел од бариерите со кои се соочуваат, а кои несомнено ја оневозможуваат нивната успешна комуникација со околината се однесуваат на неинтегрираност на сетилата (16).

Информациите кои доаѓаат од надворешната средина се восприемаат од соодветните рецептори кои по аферентни патишта преку мозочното стебло пристигнуваат до кортексот кој, пак, преку еферентни патишта испраќа информација сè до извршните органи (17).

Неинтегрираноста на сетилните модалитети се одвива во правец на слаба способност за филтрација на сетилните дразби (проблеми со модулација) кои пристигнуваат од околината и оди во насока на сетилна пречувствителност или хиперсензитивност, низок праг на регистрација на сетилните дразби, што оди во прилог на намалена сетилна чувствителност или хипосензитивност и проблеми кои се однесуваат на нарушено препознавање на сличности и разлики на восприемните дразби, што, пак, оди во прилог на сензорно барање. Секако, не се исклучува можноста лицето со АСН да минува од еден во друг сетилен предизвик, т.е. од проблем со филтрација во проблеми поврзани со забележување или разликување на восприемните дразби (18).

Истите влијаат на постуралноста, моторната контрола, праксијата (идеја, планирање, организација и реализација на моторното движење), развојот на билатералната интеграција, но и воопшто на целокупниот груб моторен развој. Визуелно просторната координација, координација око – рака, влијае на развојот на фини моторни вештини, вклучително и графомоториката (19).

Несомнено, сето ова води и до дополнителен заклучок дека лицата со АСН може да имаат и бројни моторни дисфункции кои дополнително се однесуваат и на проблеми со рамнотежата поради неинтегрираност на вестибуларното сетило, па неретко е присутен тремав од или одење на прсти, проблеми кои се однесуваат на координација во простор,

нарушена свесност за подвижни и неподвижни сегменти во непосредна близина поради неинтегрираност на сетилото за проприоцепција (20).

Стереотипните обрасци на однесување кои се однесуваат и на моторните маниризми се само уште еден дел од карактеристичните форми на однесување на лицата со АСН, вклучително и повторливите и лимитирани активности кои се одбележани со постојаност и непроменливост во начинот на изведба, но и лимитираност во делот на ресурсите, материјалите или игровниот материјал кој го користи лицето во изведување на одредена активност (21).

Неретки се и стереотипните обрасци кои се поврзани со сетилата за мирис, вкус, допир, но и рутини кои се врзани со дневните активности. Така, честопати лицата со АСН се врзуваат за одредени вкусови, боја на храна, текстура. Секогаш одбираат и инсистираат да одат по истиот пат кон градинка, да седат на исто столче, да користат иста тоалетна школка во тоалетот, на идентичен, повторлив и непроменет начин да ги мијат рацете, на ист начин и постојано да користат лимитирани ресурси во играта со кои играат на начин несвојствен за намената на реквизитите или играчката. Практицирањето активности кои одат во прилог на моторното движење, т.е. вежбањето, е еден од можните начини за справување, т.е. за намалување на присутната стереотипност во однесувањето (22).

Ваквото однесување, секако, оди во прилог на присутно нарушување и на имагинацијата, креативноста, иновативноста, што е поврзано не само со сетилните предизвици туку и со слабата централна кохеренција.

Когнитивните капацитети на лицата со АСН се разликуваат и варираат во делот на разликите поврзани со коефициентот на интелигенција. За тоа во колкав процент е засегнат интелектот на лицата со АСН зборуваат повеќе научни студии, а резултатите од истите варираат и доминантно се условени од големината на примерокот. Најголемиот дел од научните студии укажуваат на тоа дека дури 70 % од лицата со АСН функционираат со ограничувања во делот на интелектуалните капацитети, додека, пак, останатите 30 % се со нормална или натпросечна интелигенција (23).

Секако, коефициентот на интелигенција (IQ) предвидува поголеми достигнувања во возрастниот период, вклучително и во делот на адаптивното функционирање.

Одредени истражувања, пак, укажуваат на фактот дека независно од когнитивниот капацитет на лицето со АСН во најголем дел заеднички се тешкотиите во адаптивното функционирање. Истите се однесуваат на способноста на лицето со АСН да ги користи

своите капацитети со цел да се стекне со потребната лична независност и со вештини за успешна социјализација и комуникација во средината во која живее/егзистира (24).

Проблемите поврзани со помнењето, односно меморијата се зависни од нивото на интелектуално функционирање, но во корелација со сите останати предизвици со кои се соочуваат лицата со АСН, вклучително и оние кое се однесуваат на меморирање кое е директно поврзано со сетилните предизвици, вклучително и оние кое се услов за визуелно, аудитивно и просторно внимание.

Секако, не смее да се исклучи и можноста отсуството на внимание да е резултат и на одредени здравствени импликации поврзани со алергии, нетолеранција на храна или нутритиенти воопшто, цревна дизбиоза и други гастроинтестинални тешкотии кои може да се фактори за отсуството на внимание поради перзистентна болка и чувство на непријатност/неудобност.

Лошото визуелно внимание резултира со отсуство на директен контакт со очи, што, пак, има своевиден ефект врз социјалното внимание кое е нарушено, но и дополнето со проблеми кои доаѓаат поради честата дисфункционалност на рецепторите за проприоцепција, што е во прилог на лошото просторно внимание (25).

Од тука потекнува и дел од заклучокот дека лицата со АСН имаат слаба централна кохеренција што ги оневозможува да добијат увид во целата или големата слика поради хиперфокусираност на одреден сегмент.

Проблемите поврзани со лошото егзекутивно функционирање се однесуваат на намалената способност на лицето со АСН соодветно да го испланира и менаџира сопственото однесување, соодветно да планира временска рамка, да организира и изврши одредена целна и насочена активност. Во основата на лошото извршно функционирање стои неможноста за пренасочување на вниманието соодветно на потребното, но и лошата централна кохеренција, односно немање способност за разбирање на целината поради отсуство на увид во истата (26).

Проблемите поврзани со генерализацијата го оневозможуваат лицето со АСН да ги користи веќе стекнатите вештини надвор од контекстот или средината во која се креирани. За таа цел, повеќе од неопходно е да се обезбеди тренинг на одредена вештина, со ист пристап во различни природни средини, вообичаени за лицето со АСН, а со цел усвоената вештина да биде практично применлива, независно од контекстот, присуството или отсуството на едукаторот (27).

Дефицитот, во согласност со *Теоријата на умот*, а поврзан со лицата со АСН, за прв пат емпириски е поддржан преку истражувањето спроведено од Барон-Кохен и

соработниците (Baron-Cohen et al.) уште пред повеќе од 30 години. Во основата на оваа *Теорија на умот* стои нарушување кое го оневозможува лицето со АСН да ја предвиди менталната состојба на другиот изразена преку соодветен увид во неговите желби, намери, верувања, што, секако, го става во неможност лицето со АСН да го предвиди и објасни туѓото однесување, што влијае на нивото и квалитетот на социјалните интеракции кои ги остварува лицето со околината (28).

Овој дефицит главно се однесува на когнитивната емпатија во чија основа стои способноста да се препознае што мислат другите според нивниот фацијален израз или говор на тело. Најголем дел од недореченостите кои одат во прилог на тезата дека кај лицата со АСН отсуствува, т.е. е нарушена афективната емпатија (термин под кој се подразбира способноста на лицето да сочувствува со емоциите на другите) не се однесуваат на отсуството на афективната емпатија, туку на погрешната интерпретација и разбирање на фацијалната експресија, тоналитетот, говорот на телото на соговорникот воопшто, поради што и лицето со АСН одговара „емотивно“ несоодветно на социјалниот контекст (29, 30).

Говорот, како средство за комуникација, има за цел да му овозможи на лицето успешна интеракција со средината во која живее. Првата форма на комуникација на детето со средината се однесува на вокализацијата која најчесто е одговор, т.е. имитација на говор продуциран од возрасниот. Првиот збор како форма на вербална комуникација се манифестира околу првата година и сè до втората кога детето го збогатува вокабуларниот фонд, а говорот е одбележан со реченици од два збора (31).

Ваквата динамика во развојот на говорот се јавува единствено кај децата со високо функционален аутизам. Кај останатите деца со АСН се забележува доцнење во развојот на говорот и повеќе од очекуваното. Првата форма на експресивен говор детето ја манифестира некаде на возраст од 3 до 4 години.

Истражувањето на Шарман, Барон-Кохен и соработниците на примерок на предучилишни деца со АСН покажува многу повисоки разбирања на значењето на зборовите (рецептивен говор) во однос на можноста за експресија на истите (32).

Говорот, како средство за комуникација, е засегнат од повеќе различни нивоа кои се однесуваат на фонолошките проблеми, проблеми во семантиката и прагматиката, тоналитетот на манифестираниот говор, синтаксата и морфологијата како дел од граматичките аспекти на јазикот, разбирањето на апстрактни поими, идиоми, метафори, презентираниот ехолалија, но и на можноста за користење на говорот воопшто.

Отсуствува и спонтанa иницијација за користење на говорот за потребите на социјализација и интеракција.

Секако, развојот на говорот во голема мера зависи и од нивото на интелектуално функционирање на лицето со АСН.

Лимитираноста во делот на презентираната креативност, иницијативност, лимитираните имитативни вештини, компетенциите за практикување и учество во симболичка игра, но и стереотипните, постојаните и непроменливи обрасци на однесување, придружени со предизвиците кои доаѓаат и од лимитите поврзани со говорот и неговото користење како средство за комуникација, се фактор повеќе во презентирањето и на тешкотиите кои се однесуваат на емоциите (33).

Она што е впечатливо е несоодветната фацијална експресија на афектот, што оди во прилог на несоодветност на презентираната емоција на внатрешното чувство, т.е. на неговата експресија.

Истражувањето на Озоноф, Пенингтон и Роџерс (Ozonoff, Pennington, Rogers) од 1991 година е спроведено на група високо функционални индивидуи со АСН и контролна група која е хетерогена. Во рамки на ова истражување, двете групи, со цел да се обезбеди репрезентативност на примерокот и контрола, се тестирани со батерија тестови за вербален IQ-тест. Резултатите од истражувањето покажуваат многу полоша перцепција на емоции во рамки на групата со испитаници дијагностицирани со АСН во однос на контролната група (34).

Недоследностите во развојот на емоциите главно се препишуваат на несоодветноста на манифестираната емоција за социјалниот контекст. Истите можат да бидат презентирани како длабока вознемиреност, па сè до бескрајна среќа (35).

Свесноста за себе и развојот на социјалните емоции, како што се: емоциите на гордост, вина, срам, во голема мера зависат од саморефлексијата на личноста, но и од нивото за свесност за себе. Тестот за самоевалуација, кој се однесувал на чувството на вина, а кој Касари и соработниците (Kasari et al.) го спровеле на примерок од високо функционални индивидуи со АСН, води кон заклучок дека тие имаат развиено повисоко ниво на чувство за вина поврзано со материјалните добра (кршење или оштетување) отколку вина која е поврзана со физичка или емотивна штета која му е нанесена на некое лице (36).

Бихевиоралните проблеми главно се однесуваат на евентуална присутна агресија, автоагресија, проблеми поврзани со исхраната, нарушувања на сонот, а генерално се

асоцирани и со други медицински состојби кои се јавуваат како секундарна дијагноза, т.е. како коморбидитет.

АСН и прашањето на исхрана

Проблеми околу исхраната имаат 7 од 10 деца со АСН. Овие проблеми може да се манифестираат како екстремно рестриктивни навики во исхраната кои се резултат на аверзија кон одредени вкусови и текстури. Секако, дополнителен предизвик доаѓа и од евентуалната хиперсензитивност, но и од потребата за едноличност во исхраната (37, 38).

Хроничното прејадување кое води кон прекумерна телесна тежина е уште еден предизвик со кој се соочуваат лицата со АСН. Истото е предизвикано од отсуство на сензитивност, т.е. чувство за доволен внес на храна или, пак, е резултат на смирувачко сензорно однесување во услови на хипосензитивност (39).

Пика, која се дефинира како јадење делови/предмети кои не се храна, а која има тенденција да биде многу ризично однесување по здравјето на лицата со АСН е предизвик повеќе поврзан со проблемите во исхраната (40).

АСН и нарушување на сонот

Дури и повеќе од една половина од децата со АСН имаат барем еден или повеќе проблеми поврзани со спиењето и сонот (41).

Истите се однесуваат на тешкотии во заспивање, но и чести епизоди на будност и сон во текот на ноќта, што многу влијае на квалитетот на сонот. Нарушувањето на сонот резултира со влошување на однесувањето во справување со секојдневните предизвици, влијае на ефикасноста во развојот на когнитивните вештини, но и целокупно, на квалитетот на живот на лицето со АСН.

Користењето на мелатонин оди во прилог на решавање на нарушувањата на сонот (42).

2. Инструменти за рана дијагностика

Развиени се повеќе различни инструменти кои се користат за потребите на раната дијагностика, иако спроведувањето претставува вистински предизвик за администраторите на скрининг и дијагностичките алатки. Причина повеќе е тоа што алатките имаат за цел да дадат увид и во нивото на презентирани релации со групата врсници, иако физиолошки и според развојот тоа не е очекувано однесување кај деца на возраст под две години. Секако, во овој случај опсервацијата на практичарот треба да се пренасочи на присуството или отсуството на перцепција на врсниците во непосредното опкружување, присуството на паралелна игра која оди во прилог на развиени имитативни вештини. Стереотипните и репетитивните обрасци на однесување многу често кај децата се јавуваат некаде околу третата година, што го оневозможува администраторот во увид на евентуално присутна перзервација во однесувањето поради возраста на која се спроведува проценката. Погоре опишаните предизвици повторно не враќаат на заклучокот дека повеќе од неопходни се соодветни компетенции на администраторите на скрининг или дијагностичките алатки, а во прилог на рана дијагностика (43).

ADOS 2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) е делумно структурирана скала за проценка на достигнувањата во социјалните интеракции, стереотипните и репетитивните обрасци на однесување, во комуникацијата, играта, присуството на имагинација во користењето на игровиот материјал. Скалата е одбележана со дијагностичка сензитивност, но администраторот на проценката мора да поседува соодветна лиценца и тренинг во прилог на спроведувањето (44). Скалата може да се користи кај деца од 12 месеци. Таа, исто така, може да се користи и кај деца до шест години чие ниво на развој на говор е на ниво на синтаксичка група, затоа што дијагностичката алатка има пет (5) модули кои зависат, т.е. се применуваат соодветно на нивото на презентираниот експресивен говор кај детето или негово отсуство. Дијагностичката проценка ја спроведува лиценциран администратор и истата трае 30 до 60 минути (45, 46).

ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) содржи 93 прашања кои се однесуваат на квалитетот и реципрочноста на интеракциите, комуникацијата и

рестриктивните и репетитивните обрасци на однесување. Наменета е за воспитувачите или за оние кои учествуваат во грижата за детето (47). Основната забелешка оди во прилог на времето кое е потребно за да се постави дијагнозата, потребното време за администрација, тренингот на професионалците за спроведување на тестирањето, времето потребно за кодирање кое е поврзано со неопходна консензуалност, но и финансискиот трошок за спроведување на инструментот за проценка. Ако се земе предвид фактот дека перцепцијата и презентацијата на АСН се менува низ децениите, што, секако, ефектуира со промени и во DSM 5, веројатно, посоодветно ќе биде да се обезбеди инструмент којшто ќе биде поконцизен и подимензионален отколку инструмент во прилог на категоризација (48).

ADEC (Autism Detection in Early Childhood) е интерактивна скрининг-алатка применлива за возраст од 12 месеци, па сè до возраст од 3 години. Докажува оправдана применливост во земји со низок социоекономски статус и земји во развој поради трошоците поврзани со неопходното време за спроведување на скрининг-алатката, но и времето потребно за соодветна обука на администраторите на истата. Оправданоста за користење оди во прилог на позитивни психометриски корелации со ADOS 2 и ADI-R (49).

ADEC-алатката е креирана врз база на главните симптоми асоцирани со АСН, кои се фактори за презентираниот однесување на лицето. Истата се користи во клинички услови (50).

Шеснаесет (16) поставени задачи се однесуваат на: соодветен одговор на име, имитација, стереотипни обрасци на однесување, функционална игра, симболичка игра, реципрочен одговор на насмевка, соодветност на одговор на звуци од опкружувањето, следење цел (посочување), контакт со очите како одговор на активноста (внимание), постурален одговор во прилог на учество, употреба на зборови, соодветност на одговор на вербална команда, функционална имитација на социјален контекст (мавта со дланката како знак за „чао“), покажува афективно врзување со негувателката. Увидот во алатката врз основа на поставените задачи укажува дека истата е креирана во согласност со позициите на *Теоријата на ум* и егзекутивното функционирање (51).

Во согласност со добиените податоци од бодирањето кои одат во прилог на проценка на ризикот за АСН, детето се упатува/препраќа на понатамошна дијагностичка опсервација за аутизам (52).

ABC (Aberrant Behaviour Checklist) содржи 58 прашања инкорпорирани во пет подрачја, и тоа: иритабилност (15 прашања), социјална повлеченост (16 прашања), стереотипно однесување (7 прашања), хиперактивност (16 прашања), несоодветност на говор (4 прашања) (51). Чек-листата ја пополнува родителот, учителот или лице кое се грижи за детето и добро го познава. Времето потребно за пополнување на истата изнесува 10 до 15 минути. Пополнувачот на чек-листата добива инструкции за пополнување на истата во која треба да ја забележи фреквенцијата на одредено однесување, но ги има предвид и изјавите на другите луѓе од блиското опкружување на детето. Најчесто користен инструмент е за увид во делувањето на фармакотерапијата кај АСН, но истиот се користи и за увид во презентираниите подобрувања од спроведениот психосоцијален третман (53).

Покрај основните информации за пациентот кои се однесуваат на име, презиме, пол и возраст, листата за проверка/чек-листата содржи и дел каде што треба да се запишат одредени состојби на детето кои можат да го афектираат неговото однесување, како што се: неинтегрираност на сетилата, медицински состојби, развојни лимити, но единствено доколку детето се спроведува во третман. Времето потребно за добивање на дијагнозата е четири недели, иако по лична проценка на проценувачот истото може да се пролонгира (54).

CARS2 (Chidldhood Autism Rating Scale) е дијагностичка алатка која има за цел да го процени капацитетот на детето за имитација, интеракција, афект, сензорно функционирање, односот на детето кон промените во средината, нивото на активност, присутната анксиозност, вербалната и невербалната комуникација, односот кон играчките (предметите), моторното функционирање, постојаноста на интелектуален одговор. Наменет е за деца на возраст од 2 до 6 години. Постојат повеќе верзии на CARS-алатката кои се креирани за деца со различно ниво на интелектуално функционирање и нарушена вербална комуникација (CARS2-HF, CARS2-ST). Се состои од 14 прашања кои на Ликертова скала со седум поени (од 1 до 4 бода и ½ бод) го дефинираат нивото на сериозност на отстапувањето во однос на предвиденото или очекуваното, соодветно на возраста (54).

Резултатите од дијагностичката алатка се градуирани, и тоа: минимални до без симптоми на АСН, лесни до умерени симптоми на АСН и тешки симптоми на АСН.

Дијагностичката алатка е зависно поврзана со нивото на функционирање на детето. Така, неретко се случува деца со говорно-јазични нарушувања и нарушена когнитивност

да бидат погрешно дијагностицирани како АСН, затоа што во рамки на алатката постои висока корелација на интелектуалното со адаптивното функционирање.

Од особена важност за валидноста на добиените податоци кои се однесуваат на презентираниот однесување на детето е да се добијат информации од повеќе различни извори. Како и за секоја дијагностичка алатка така и за CARS-алатката е потребна соодветна квалификација на администраторите, што во контекст на соодветната апликација на CARS-алатката значи добро познавање на развојните текови, а соодветно на тоа и познавање на очекуваното однесување за одредена хронолошка возраст.

CARS-алатката покажува слично ниво на презентирана специфичност како и ADOS и ADI-R, но помало ниво на презентирана сензитивност во однос на истите (55).

Секако, од особена важност е и да се направи анализа на валидноста на резултатите од имплементацијата на CARS-алатката во различни социокултурни средини со цел да се добие увид во корелацијата на истата со социокултурниот контекст на имплементација (56).

M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) се заснова на CHAT-инструментот од кој произлегува и варијацијата Q-CHAT (наменет е за деца на возраст од 18 до 24 месеци и содржи 25 прашања кои ги одговараат родителите). Во основа, истиот има за цел да го процени присутното здружено внимание и имагинативната игра. Наменет е за возраст од 16 до 30 месеци. Содржи 23 прашања кои ги одговараат родителите. Во алатката е ставен акцент на проценка на здруженото внимание, како што се: протодекларативното посочување, насоченост кон одредена цел, иницијација за комуникација со родителите преку носење играчки, социјално поврзување преку покажување интерес за други деца и имитација, комуникација преку соодветен одговор на своето име (57).

М-CHAT е скрининг-алатка, но не и дијагностичка алатка. Во согласност со добиениот резултат детето го минува или не го минува тестот. За деца кои не го минуваат скринингот се дава упатство истиот да го повторат по еден месец. Доколку резултатот остане непроменет, тогаш родителите и детето треба да се упатат на дополнителна дијагностичка проценка. Во некои земји во светот оваа алатка е дел од националната стратегија на државата во прилог на рана дијагностика. Истата е одбележана со висока специфичност, но за нивото на присутна сензитивност во рамки на популациите нема достапна информација (58, 59).

PEDS (Parents evaluation of Development Status) е применлива дијагностичка алатка од раѓање, па сè до 7 години и 11 месеци. Алатката се состои од сет од 10 прашања наменети за родителите, а формата на одговор е од затворен тип (да/не/малку) со можност за дополнителна забелешка за исказот; формулар за бодирање и формулар во прилог на интерпретација. Вториот и третиот формулар се исклучиво наменети за професионалците, т.е. за оние кои ја спроведуваат алатката. Краток поглед кон прашалникот на администраторот му дава иницијален увид за тоа дали родителот бил слободен да сподели одредено искуство за своето дете кое можеби го загрижува. Многу е важно јазикот кој се користи во прашалникот да е соодветен и родителите да можат да го разберат.

Секако, потребен е и увид во интелектуалните капацитети, но и на нивото на писменост, кои се, секако, фактор за разбирање на содржината. Во тие услови формата која ја спроведува администраторот е интервјуто. Секој аспект од однесувањето на детето се селектира во соодветниот развоен домен (когнитивен, социоемоционален, фина моторика, груба моторика, грижа за себе, однесување) (60).

SRS (Social Responsiveness Scale) е наменета за деца на возраст од 2 години и 5 месеци, па сè до 18 години. Има за цел да даде увид не само во дијагностиката, туку е и основа за увид во идниот третман. Се состои од 65 прашања кои се однесуваат на 5 социјални сфери, како што се: социјална свесност, социјална когниција, социјална комуникација, социјална мотивација, повторливи обрасци на однесување. Ја пополнува родителот или воспитувачот, а формата на одговори не се сведува на одговори со да/не, туку постои квантитативна нивелација на 4 нивоа.

Она што треба да се има предвид е фактот дека неспецифичните аутистични фактори имаат влијание на крајниот презентирани резултат (61).

Се користи во клинички услови, но и во училиштата и истата не се спроведува во рамки на една средба, туку таа е акумулиран резултат на добиени информации од повеќе средби од кои дел се заклучок од спроведените опсервации, а дел, пак, се акумулирани информации за однесувањето на единката.

Внатрешната доверливост на добиените резултати од прашалниците пополнети од родителите и учителите е висока. Реалното време за пополнување на прашалникот е 15 минути (54).

DBC-ES (Development behaviour checklist Early Screen) е скрининг-алатка за АСН.

Се користи за деца со развојни нарушувања во најрана возраст, а има за цел да го предвиди ризикот, но не и да се дијагностицира АСН (62).

Содржи 17 ставки кои се извлечени од инструментот наменет за родители DBC-P. Позитивен одговор на 11 од нив е оптимум за сензитивност и специфичен скрининг на аутизам. Наменет е за деца на возраст од 18 до 48 месеци. Инструментот е наменет за скрининг на однесувањето и емоциите. Бодирањето може да се прави рачно, во согласност со инструкциите и достапните китови кои се однесуваат на дијагностичката алатка, но и да се користи софтвер кој е компатибилен на *Виндоус (Windows)* каде што во ексел-програмата се обработуваат добиените податоци, што е брз начин за добивање на конечниот резултат (63).

Психометриски својства:

Доверливост (компатибилност на резултатите од прашалниците одговорени од мајките со оние од татковците), валидност која е презентирана преку корелација на добиените резултати со оние од ADI-R за социјалната, вербалната, невербалната комуникација и репетитивните и рестриктивните интереси, како и сензитивност и специфицираност од 93 до 95 проценти (64).

Бодирањето се спроведува на три нивоа, и тоа:

Вкупен резултат кој се однесува на проблеми во однесувањето воопшто (што се однесува вклучително и на недоследност не само во однесувањето туку и во емоциите).

Второ ниво со пет супскали (производ на фактор-анализи), и тоа: нарушено/антисоцијално однесување, самостимулирачко однесување, нарушена комуникација, анксиозност и социјални врски (релации).

Третото ниво се однесува на индивидуалните предизвици поврзани со однесувањето, а дава увид во преваленцијата и тежина на презентираното однесување на индивидуата.

Во рамки на неопходната дијагностика се подразбира не само онаа со која се потврдува АСН, туку истата ја вклучува и функционалната дијагностика која има за цел да даде увид во можностите на лицето, како основа за планирање на третманот.

И покрај тоа што не постојат специфични медицински тестови за потврда на АСН, па генерално проценката се базира на критериумите на ICD-11 или DSM-5, сепак, повеќе од неопходен е увид во здравствената состојба и биомедицинската дијагностика, како и во диференцијалната дијагностика која има за цел да потврди или да исклучи асоцијација и со други медицински состојби, т.е. нарушувања (65).

3. Дефинирање на проблемот и основните поими

Рани интервентни програми се програми кои се практикуваат во најраното детство, вклучително и периодот на доење. Кога говориме за рана интервенција кај АСН, истата може да отпочне и пред втората година, доколку постои дијагностичко сомневање за АСН (66, 67).

Раната детекција води кон рана дијагностика, што секогаш не значи и ран третман, затоа што истиот во голема мера зависи од времето кое ќе им биде потребно на родителите и на семејството да ја прифатат дијагнозата, односно состојбата. Секако, биолошката основа на нарушувањето е во позитивна корелација со времето потребно за неопходна дијагностика (68). Литературата познава неколку фази низ кои минуваат родителите во тој процес, како што се: фаза на негирање, фаза на барање вина или виновник, фаза на бескрајна тага којашто може да се задржи до крајот на животот. Фазата на конструктивно групирање е фаза која му претходи на третманот. Некои семејства, за жал, долго остануваат во фазите кои му претходат на конструктивното групирање и ја пропуштаат можноста за третман преку рани интервентни програми кои се со најголеми ефекти, кои се запишани во литературата, а процесирани во праксата. Секако, не смее да се исклучи фактот дека ефектот од третманот во голема мера зависи и од биолошкиот потенцијал на детето (69).

Честопати се случува родителите да не ја покажат потребната транспарентност во споделувањето информации со градинката, особено во делот на развојот и здравствената состојба на детето, што дополнително ја отежнува позицијата на воспитувачите/негувателките соодветно да одговорат на потребите за развој на детето, а што е спротивно на законските регулативи (70).

Семејството претставува прва социјална средина со која се среќава детето, а во која ги стекнува првите искуства и, можеби, е очекувано родителите први да го забележат развојното отстапување. Тоа честопати не е случај, особено кај АСН, од повеќе причини:

- Првородено дете, што значи дека родителите немаат претходно искуство.
- Непознавање на развојните текови во согласност со возраста.
- Разлики во социјалното и образовното ниво, но и во културолошките особености на семејството.
- Високо функционален аутизам или атипични форми на АСН кои се особено тешки за детекција.

- Не се исклучува и негирање на состојбата како фактор кој го оневозможува раниот третман.

Матичниот лекар го следи развојот на детето од неговото раѓање и во согласност со своите стручни компетенции очекувано е тој да го забележи развојното отстапување, истото да го дефинира и да го упати детето на дијагностичка проценка. За таа цел, матичниот лекар честопати упатува и на дополнителни иследувања кои одат во прилог на рана дијагностика (71).

Честопати раната дијагностика отсуствува поради:

- Лимитирани стручни компетенции на матичните лекари во прилог на рана дијагностика.
- Намалена свесност за АСН, вклучително и национална.
- Предрасуди во убедувањето кои се резултат на социјалната средина, а поради кои честопати дијагнозата се крие зад многу општи развојни отстапувања.
- Несоодветна едукација на лекарите, поради што отсуствува можноста за препознавање на аутистичната симптоматологија во рана возраст.
- Отсуство на национална стратегија за задолжителен ран скрининг за АСН кој ќе се спроведува во рамки на примарната здравствена заштита (72).
- Нередовни контролни прегледи за што одговорноста паѓа на товар на родителите.

Втора социјална средина на детето е градинката. Во согласност со националната програма за ран детски развој, очекувано е лицата кои пружаат воспитно-образовна и згрижувачка дејност добро да ги познаваат развојните текови на секоја возраст (од 0 до 6 години) во делот на груб и фин моторен развој, развој на говорот и јазикот, социјалните компетенции и градењето систем, како и редоследот на јавувањето на емоциите, вклучително и оние морално обоените, но и когнитивниот развој (73). Секако, и работното искуство во професијата, како и дополнителното стручно усовршување на секој кој е вклучен во овој процес, било формално или неформално, се многу важни фактори за успех.

За успешна детекција на АСН потребно е добро познавање на симптоматологијата, но и увид во разликите меѓу типичен и атипичен аутизам, високо функционален и ниско функционален аутизам. Во рамки на потребите за личен и професионален развој се зголемува побарувањето на воспитувачите и негувателките за обуки во прилог не само на детекција туку и работа со деца со АСН, во согласност со инклузијата (вклучувањето).

Воспитувачите/негувателките треба да се важен фактор за рана детекција на АСН која може да е проблематична од повеќе причини, и тоа:

- Несоодветност на стекнатото формално образование за потребите на стручниот профил, а во прилог на детекција и соодветен одговор на потребите на дете со АСН. Ова се однесува на несоодветност на курикулумот на педагошките факултети за потребите на идниот стручен профил воспитувач. Профилот негувателка, пак, сè до измените на Законот за детска заштита од 2019 година, беше ангажиран единствено со диплома за завршено средно образование, независно од образовниот профил и добиената лиценца која е далеку од реален показател за компетентност соодветна на потребното (70).
- Лимитирана достапност на обуки во прилог на стручно усовршување за потребите на работниот профил. (Истите честопати зависат од управниот орган на градинките.)
- Отсуство на систем за контрола на квалитетот на услугите кои ги нудат давателите на услугите (провајдерите), а во насока на подобрување на стручните компетенции на воспитувачите и негувателките, што е одговорност на Министерството за труд и социјална политика.
- Погрешно креиран систем за добивање сертификат како показател за стекнатите стручни компетенции, без можност за проверка и увид во стекнатите компетенции.
- Електронски прием на деца во градинка, без можност за средба и опсервација на детето и семејството во периодот на апликација, иако законот предвидува формирање комисија која има одговорност за спроведување прием на децата во градинка.

4. Релевантни истражувања поврзани со проблемот на истражување

Во интернет-базите постојат бројни истражувања чиј предмет на анализа е близок со оној кој е истражувачки интерес на спроведеното истражување на примерокот воспитувачи/негувателки, родители, матични лекари и специјални едукатори и рехабилитатори.

Истражувањето спроведено во Минесота на примерок од 84 воспитувачи кои работеле со деца на возраст од 16 месеци до 5 години (користен инструмент за проценка на знаења за АСН) покажува дека учителите имаат умерено знаење за АСН, независно од работното искуство. Генерално, воспитувачите имаат позитивни перцепции за инклузија во предучилишните установи, иако тој процент е поголем меѓу воспитувачите кои имаат поминато обуки/едукации поврзани со инклузијата. Воспитувачите презентираат комодија во соопштувањето на забележаните развојни недоследности, која е асоцирана со работното искуство во професијата. Примерокот воспитувачи покажува информираност за достапност на сервиси наменети за деца со АСН и достапни рани интервентни програми, но овие знаења не се поврзани со искуството на испитаниците во професијата (74).

Истражувањето на Фонг и Ли, пак, зборува за влијанието на социокултурните услови во кои живее/егзистира семејството како фактор за дијагноза, времето на дијагностицирање, но и укажува на неопходност од креирање, т.е. модифицирање на бихевиоралните рани интервентни програми на социокултурните услови во кои функционира семејството (75).

Постои и истражување кое ја содржи евалуацијата на ефектите од веб-сервис за едукација наменет за учителите, а со цел подобрување на нивните компетенции за соодветен одговор на различните потреби на зголемениот број на деца дијагностицирани со АСН.

Веб-програмата е креирана за потребите за стручно усовршување на учителите во Флорида и истата се состои од четири курса и пракса која се однесува на работа со две деца со АСН или работа во два семестра.

Истражувањето има за цел да даде увид дали спроведената веб-алатка е позитивен фактор за зголемени стручни компетенции кај учителите, но и за фреквенција на користење инструменти во работата со деца со АСН, базирани на докази. Дали четирите курса во рамки на веб-апликацијата се доволни за стекнување на потребните вештини за

работа со деца со АСН, но и дали постои разлика во подготвеноста за работа меѓу воспитувачите кои имале два семестра практична работа и оние кои немале (76).

Несомнено, впечатливо е и истражувањето спроведено на универзитетот во Валенсија, Шпанија, на примерок од 431 студент на студии во прва година, од кои 162 студенти во предучилишниот оддел, наспроти 431 студент во четврта година, од кои 229 студенти во предучилишниот оддел. Истражувањето е спроведено според адаптиран прашалник за знаења за АСН, а има за цел да ги евидентира разликите во знаењето, заблудите, како и евентуалните празнини во знаењата за АСН кај студентите од прва и четврта година од студиите. Резултатите укажуваат на евидентни разлики во знаењата и празнините кај студентите во прва година на учителските факултети во однос на студентите од четврта година, но без евидентни разлики кои се однесуваат на заблудите (митовите) поврзани со АСН кои се заеднички за студентите од прва и четврта година. Секако, сличен на овој е и резултатот кој говори за тоа дека зголемените компетенции за АСН, кои се резултат на одредени тренинзи и едукации, имаат значителни, своевидни ефекти врз зголемувањето на знаењата и пополнувањето на празнините поврзани со АСН, но повторно без значителни ефекти врз митовите поврзани со АСН. Истото истражување, спроведено кај студентите кои се образуваат на Институтот за специјални едукатори, дава значително поинакви резултати кои одат во прилог на поседување потесна специјалност, т.е. знаења поврзани со АСН (77).

Истражувањето на А. Кастиљо и соработниците спроведено во САД, во 2019-тата година, на примерок од 610 испитаници од различни културни средини дава увид за разликите, но и за погрешните уверувања поврзани со причините, третманот и мислењето за АСН како фактори за свесност на популацијата за состојбата. Генерално, на прашањето поврзано за причините за јавување на АСН, најголем дел од одговорите се поврзани со херeditарноста и невролошките фактори. Делот, пак, поврзан со ставот на испитаниците за психосоцијалните причини, регулацијата на перцепциите и заедничките уверувања е во корелација со етничката припадност на испитаниците. Истражувањето укажува дека верувањето на испитаниците за причините за АСН зависи од тоа дали испитаникот има или нема лице со АСН во семејството (78).

Во трудот кој говори за ставовите на идните учители Арапи од Израел поврзани со АСН е забележан податок кој укажува на влијанието на социокултурната средина врз ставот кои луѓето од истата го негуваат, а е поврзан со АСН. Имено, додека во некои култури на овие лица се гледа како на благослов, во други се клетва или казна.

Истото истражување има за цел да даде увид во ставовите на идните учители за АСН во делот на познавање на симптоматологијата, но и уверувањето дека лицата со АСН можат успешно да се вклучат во социјалниот живот на општеството на кое му припаѓаат, но и да се стекнат со потребната независност. Презентираниот став е под влијание на религијата, а зависи од претходен контакт или лице од семејството со АСН, а во корелација со возраста, полот и претходните едукации поврзани со АСН (79).

Една метаанализа која има за цел да даде увид во знаењата на матичните лекари (независно дали се општи лекари, лекари по семејна медицина или педијатри како потесна специјалност) за АСН, за раните интервентни програми базирани на докази и воопшто за интервентните програми за АСН, на примерок од 2 706 испитаници од 13 студии, пријавува дека само 23,1 % од испитаниците поседуваат соодветно знаење за АСН, 69,2 % укажале на несоодветно знаење за АСН, а 7,7 % укажале на делумно знаење за АСН.

Она што е забележително е отсуството на знаења кај матичните лекари да ги забележат особено суптилните знаци на АСН. Презентираната симптоматологија честопати ја толкуваат со други дијагнози, од типот на психози или, пак, ја објаснуваат со практикуваниот родителски стил, т.е. однесувањето на родителите. Секако, не изостанува и уверувањето дека АСН е состојба која почесто го тангира западниот свет отколку помалку развиените земји. Матичните лекари од поразвиените земји укажуваат на повисоко ниво на презентирано знаење за АСН (80).

Поврзано со проблемот на истражување, а во врска со значењето на раната интервенција, говори спроведеното истражување во САД, на примерок од 45 испитаници, со просечна возраст од 22,6 месеци. По спроведените скрининзи за АСН, групата испитаници проценета како категорија со ризик во прилог на дијагностичка проценка за АСН била спроведени во рана интервентна програма. Истата се спроведувала во рамки на семејството, односно во домот во период од 6 месеци. Третманот се засновал на STAR-курикулум (STAR – Strategies for teaching Based on Autism Research), сеопфатна бихевиорална интервенција во чија основа стојат стратегии на DTT, PRT и учење на функционални рутини. Во основата на третманот стои и креиран адаптиран SLP (Student Learning Profile) кој ги содржи целите на третманот. Разликите во вредностите на aSLP се показател на ефектите од раната интервенција (81).

II. ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНТНИ ПРОГРАМИ

1. Применета бихевиорална анализа

АВА-програмата е програма која има за задача да одговори на широк дијапазон на индивидуални потреби кај лицата со АСН. Впрочем, истата применува стратегии во прилог на развој на вештини за самостојно функционирање на лицето со АСН секојдневно, но и во иднина (82).

Целите кои се поставуваат во рамки на третманот зависат од возраста на лицето со АСН, но и од нивото на функционирање на истото. Во основата на планирањето на целите во рамки на третманот стојат потребите, интересите и вештините на лицето, од една страна, но и потребите на семејството, од друга страна. Истите се однесуваат на развој на културно-хигиенски навики (или грижа за себе); развој на вештини за комуникација и социјализација, што е во корелација со развојот на јазикот; когнитивен развој (преку зголемување на фокусот и вниманието); фин и груб моторен развој; развој на игра и задоволство (83).

Од денешна перспектива АВА-терапијата може да се третира како научна дисциплина врз која се темелат други современи научно докажани програми применети како рана интервентна програма за лица со АСН. Ако погледнеме малку подлабоко, во корените на АВА-терапијата, ќе забележиме дека истата потекнува од експерименталната психологија. Како дел од своите заложби за научен придонес како форма е присутна и во делата на Вотсон, иако за нејзин промотор се смета Скинер. Првиот научно објавен труд за ефектите на АВА-терапијата кај лица со АСН датира од 1961 година и е од авторите Ферстер и Де Мејер. Според нивната хипотеза, потребно е постепено зголемување на комплексноста на вештините кои се развиваат кај лицето со АСН, со предуслов базичните форми на однесување да бидат претходно усвоени и интегрирани (84).

За ефектите на АВА-програмата говорат повеќе научни истражувања од кои дел се фокусираат на вкупниот број часови минати во третман како фактор за конечниот резултат и презентирањето подобрувања. Дел презентираат разлики кои доаѓаат од средината во која се спроведува програмата, но и дали истата ја спроведуваат родителите или терапевт, иако еден дел од истражувањата и не покажуваат значителни разлики базирани на претходно споменатите фактори. Не постои конкретен протокол во

рамки на третманот. Поставениот концепт е уникатен и одговара на индивидуалните потреби на секој корисник одделно (85).

Основен принцип на АВА-програмата е засилување на позитивното или посакуваното однесување, за што лицето добива награда секогаш кога го манифестира очекуваното однесување или се обидува да обезбеди соодветност на однесувањето. Наградата секогаш е нешто што е вредно, т.е. значајно за лицето со АСН. Во пракса реализацијата е проследена во три чекори, и тоа:

Претходник, му претходи на одредено однесување и може да е вербален исказ или визуелизација која е стимулатор за однесувањето кое следува; однесување кое го манифестира лицето со АСН и кое следува по претходникот и последица која е резултат на презентираното однесување.

Во согласност со денешните современи концепти на разбирање и практикување на АВА-програмата во третманот на АСН, како практикувана форма, истата има за цел да го инхибира предизвикувачкото и деструктивно однесување (манифестирано преку агресија, автоагресија), самостимулирачкото однесување кое вклучува стереотипни движења презентирани преку моторни и вокални маниризми. АВА-програмата вклучува и тренинг за развој на вештини за комуникација, но и за развој на говор, како и градење вештини за грижа за себе (86).

Она што претставува основна забелешка на АВА-концептот се однесува на тешкотиите во генерализацијата на одредени вештини зашто честопати манифестацијата на одредено однесување зависи од присуството/отсуството на факторот за дисциплинирање и присуството/отсуството на терапевтот. Учењето врз основа на концептот и средината остава впечаток на учење по пат на автоматизам.

Втората забелешка оди во прилог на обидот за инхибирање на моторните или вокалните маниризми, од причина што истите претставуваат обид за авторегулација на присутната вознемиреност, што, секако, е значаен знак или сигнал за блиското опкружување во насока на прибавување информации за факторите кои го иницирале таквото однесување.

Секако, многу поконструктивен пристап оди во насока на користење на самостимулирачкото однесување како засилувач за развој на одредени вештини кај индивидуата (87).

Позитивен пример за имплементација на АВА-принципите е холистичкиот пристап во поставувањето на концептот практикуван во центарот за развојни нарушувања *Даглас*. Овој концепт задолжително вклучува поддршка и комуникација со групата

врсници, развој на вештини во природната средина, соодветност на вкупниот број на деца во групите, висококвалификуван персонал, поддржувачка структурирана и дескриптивна средина, соодветна едукација на родителите за улогата на котерапевти, поддршка за семејството, соодветна подготовка за транзиции, супервизија и механизми за преглед на претходно специфицираниот развоен план. АВА-програмата е интервентна програма која се заснова на докази и истата може да се користи и како рана интервентна програма, но и да се практикува со возрасни единки. Времето потребно за спроведување на истата е 25 до 40 часа неделно, во траење од 1 до 3 години (88).

2. DTT-програма (DTT – Discrete Trial Training)

Спаѓа во групата на научно потврдени рани интервентни методи која се базира на принципите на АВА-програмата. Има широка примена во третманот на АСН, особено во делот на усвојување на нови бихевиорални компетенции, како што се говорот и одредени моторни движења, но и соодветен одговор на одредено барање, а во корелација со социјалниот контекст на истото. Секако, од особена важност е научените вештини лицето да може да ги вежба и во природната средина со цел истите да добијат функционална употреба, особено од причина што лицата со АСН имаат проблеми поврзани со генерализацијата. Реален предизвик претставува вкупниот број на часови минати во третман на дневно ниво. Квалитетот на спроведениот третман во голема мера зависи и од стручните компетенции на терапевтот кој истиот го спроведува. DTT-програмата наоѓа честа примена особено кај деца кои не се мотивирани да учат.

Во основа, DTT-програмата се спроведува преку расчленување на посакуваната вештина на мали дискретни компоненти, што има за цел на еден систематизиран начин, преку реално засилување (награда), да обезбеди утврдување на посакуваното однесување преку повторување на истото.

Програмата спаѓа во рани интервентни програми и е наменета за деца на возраст од 2 до 6 години, иако не се исклучува можноста за користење на истата и кај возрасни лица. Преку оваа програма децата со АСН учат вештини од секојдневниот живот, како што се: облекување, користење прибор, но и начини за следење упатства. Се користи и за развој на говор и вештини за потребите на комуникацијата, но и вештини кои вклучуваат користење знаковен јазик или уреди во поддршка на комуникацијата (89).

Во основа, коренот на DTT-програмата потекнува од *Теоријата на учење*, според која однесувањето на луѓето е детерминирано од нивното претходно искуство поврзано со слична ситуација.

Основата на третманот се состои од мала единица на инструкции кои ги дава терапевтот (во траење од 5 до 20 секунди), што во основа е идеја за одредена активност или акција, по што терапевтот го поттикнува детето соодветно да одговори на поставеното барање и пружа соодветна поддршка која води до реализација (90).

Одговор соодветен на поставеното барање. Во напредната фаза од третманот детето нема потреба од поттикнување, т.е. водење од терапевтот за потребите на реализацијата. Дадениот одговор може да е точен или погрешен. Последицата, всушност, е форма на однесување на терапевтот која директно зависи од точноста на дадениот одговор, соодветно на барањето. Одговорот се наградува со материјал кој е доволно мотивирачки за детето, а за погрешниот одговор детето добива негација и отсуство на внимание (како одраз на незадоволството на терапевтот). Потоа следува кратка пауза во траење од неколку секунди, по што детето минува на следната задача.

Секоја изведба (задача) според дадена инструкција трае 2 до 5 минути, по што детето добива пауза од 2 минути. По секој еден час следува пауза од 10 до 15 минути. Пауза од 1 до 2 часа се практикува на половина од третманот за тековниот ден.

Еден од факторите за успешност на DDT-програмата се базира на системот за корекција на грешки, според кој во обидот детето да развие одредена вештина или компетенција има можност да биде повеќепати поттикнато, сè со цел да се обезбеди соодветен, односно точен одговор на поставеното барање. Секако, користењето на имитацијата како метод кој има за цел соодветно да кореспондира со она што е точен одговор на дадената задача е често користен механизам за корекција на грешки (91).

Генерално, бенефициите од употребата на DTT-програмата се засноваат на можноста преку користење на погоре опишаната стратегија детето да научи не само соодветни форми на однесување туку и да ги препознае, т.е. да ги разликува формите на однесување соодветно на социјалниот контекст.

Секако, своевиден предизвик е да се обезбеди сообразност на именуваното со користење експресивен говор (детето го става фокусот на изговор без фокусиран визуелен увид на предметот) и разбирање, односно препознавање на именуваното. Користењето на имитацијата како една од техниките која оди во прилог на идејата која ја поставува терапевтот и развојот на имитативните вештини кај децата со АСН, кои често се лимитирани или изостануваат, се од особена важност бидејќи на тој начин

децата со АСН ќе добијат можност да усвојат одредени вештини преку демонстрација на истите кои им ги презентира терапевтот.

Лимитите во користењето на ДТТ-програмата се во тоа што истите не одат во прилог на слободна иницијација на одредено однесување кај детето, затоа што истото е зависно од поставување на конкретна идеја, т.е. барање. Имајќи предвид дека ДДТ-програмата се изведува во строго контролирана средина, реални се бариерите кои се однесуваат на неможност за користење на одредено научено однесување надвор од средината во која се спроведува ДТТ-програмата. Секако, пристапот кој оди во прилог на случајно учење во рамки на кое терапевтот одговара на одредено однесување или активност на детето е во прилог на идна иницијација.

Времето поминато во третман на неделно ниво е од 15 до 40 часа, во траење од 2 години. Секако, постојат индивидуални разлики во траењето на третманот кои зависат директно од потребите на детето, т.е. од нивото на развиени социјални вештини, вештини за игра и општото функционално ниво. Третманот може да се практикува и кај деца од 2 години.

3. EIBI-програма (EIBI – Early Intensive Behavioral Intervention)

EIBI-програмата спаѓа во групата на рани интервентни програми со научна докажаност, која, исто така, се заснова на принципите на АВА.

Погрешно е да се поистоветуваат EIBI-програмата и АВА-програмата, затоа што втората претставува цела наука за однесувањето на луѓето, за разлика од првата која користи сет од техники преземени од АВА-програмата кои се основа на третманот.

Се базира на претходна идентификација на дефицити на вештини и експресија на постоечки бихевиорален репертоар со цел да се креира индивидуализирана програма базирана на принципите на АВА-програмата за кај детето да се создадат функционални вештини за потребите за комуникација и социјализација (92).

Користи техники кои имаат за цел да го намалат предизвикувачкото однесување кое го попречува процесот на учење и истото да го заменат со соодветен образец на однесување.

Семејството не учествува само во имплементацијата, менаџирањето и асистенцијата во рамки на реализацијата туку и во планирањето на третманот (93).

Придобивките од истата одат во прилог на развој на јазикот, социјалното и когнитивното функционирање, но и во прилог на корекција на несоодветното, атипично

однесување. Програмата во делот на ефективноста е поврзана со бројни предвидувачи на крајниот исход од третманот, а истите се однесуваат на нивото на интелектуално функционирање на единката и хронолошката возраст од која започнува третманот, како фактори кои го детерминираат крајниот резултат. Истите се должат на невропластичноста на мозокот во насока на реорганизација, регенерација и репарација. Дополнително, во најрана возраст многу помалку веројатно е дека детето има развиено стереотипни обрасци на однесување или манифестна агресија. Нивото на презентирани социјални вештини и општо вештини кои одат во прилог на интеракција на детето со социјалната средина и евентуалното присуство на стереотипни обрасци на однесување се уште еден предвидувач на крајниот исход од третманот. Она што е особено важно е да се имаат предвид иницијалните капацитети на детето со цел да се обезбеди соодветен индивидуализиран пристап во креирањето курикулум кој ќе биде соодветен на потребите на детето за кое е наменета EIBI-програмата, што, секако, оди во прилог на обезбедениот квалитет на третманот, а е фактор кој влијае врз крајниот резултат (94).

Секако, децата кои имаат јазично разбирање и успеваат да го разберат концептот на очекуваното однесување (соодветност на одговор) во рамки на третманот покажуваат подобри резултати од децата кои не располагаат со вакви капацитети.

Она што е важно да се забележи е дека најзначителни подобрувања се забележуваат по првата година од третманот, по што следува период на стагнација во втората година и подобрување во третата година, но не со интензитет како оној по првата година од третманот.

Истражувањето спроведено во Рочестер, Њујорк, дава увид во презентираниите разлики меѓу две групи, од кои едната била дел од EIBI-програмата во траење од 3 години, со третман од 35 до 40 часа неделно и друга, која била дел од редовен едукативски процес. Двете групи кои иницијално биле еднакви во делот на интелектуалното функционирање, адаптивното однесување и јазичното разбирање по завршување на третманот укажувале на значајни разлики во претходно измерените параметри во прилог на групата која била дел од EIBI-програмата (95).

Секако, и траењето на третманот е фактор за резултатот од истиот. Иако постојат разлики, очекувањата се дека истиот треба да се спроведува во траење од 30 до 40 часа неделно, во период од три години.

Можноста за спроведување на третманот во домот, кој е позната и природна средина на детето, а не во рамки на клиниките или во некој од приватните центри е со двојна придобивка која освен во прилог на детето оди и во прилог на родителите кои се

ослободени од притисоците кои доаѓаат од променетото опкружување, без можност за контрола на сите услови (96).

Бројни студии укажуваат на разлики во презентираниите резултати за ефектите на EIBI-програмата кои се однесуваат на интензитетот на третманот, местото на реализација и дали реализатор на истиот е надворешен терапевт или родител терапевт, како фактори за крајниот резултат (97).

Во врска со ефективноста, она што е евидентно е дека еден дел од децата кои рано станале дел од EIBI-програмата во однос на хронолошката возраст, а во корелација со погоре опишаните варијабли како фактори кои влијаат врз крајниот исход од третманот, добиле можност без понатамошни интервенции и поддршка да одговорат на развојните предизвици како и останатите невротипични врсници во училишниот период, особено во делот на интелектуалното функционирање, јазичното разбирање и адаптивното функционирање.

4. PRT-програма (PRT – Pivotal Response Training)

PRT-програмата претставува програма базирана на игра која е иницирана од детето. Има за цел да обезбеди развој на говор и вештини за комуникација, да го намали или отстрани самостимулирачкото однесување и да промовира зголемени позитивни социјални вештини кај детето со АСН. Основни обележја кои ја детерминираат оваа програма се однесуваат на мотивацијата, иницијацијата на одговор на различни модалитети на комуникација, себерегулацијата и на иницијацијата на социјална интеракција.

Програмата е индивидуализирана и има за цел да ги задоволи потребите и целите на лицето за кое е наменета и да одговори на неговите потреби на дневна основа.

Програмата е креирана во 1970-тата година од д-р Роберт Л. Коегел и д-р Лин Керн-Коегел, од *Универзитетот Стенфорд*. На почетокот истата била именувана како Природна јазична парадигма (NLP – Natural Language Paradigm).

Секоја сесија вклучува 6 сегменти. Развојот на детската игра, јазикот и социјалните вештини се одвиваат преку структурирани и неструктурирани интеракции. Фондот на часови на неделно ниво за оваа програма изнесува 25 часа.

Третманот се одвива во природното опкружување на детето, а истиот може да го спроведува и родителот, кој претходно треба да се стекне со неопходните компетенции (98).

Социјалните компетенции се однесуваат на низа вештини кои на детето му даваат можност да се поврзе со другиот учесник во заедничката игра. Ваквото поврзување зависи од мотивацијата на детето, но и од заедничкиот интерес на двете лица вклучени во играта. Се разбира, социјалните компетенции зависат и од соодветноста на развојната зрелост за возраста, од причина што истата е фактор за нивото на презентирани социјални компетенции кои ги поседува детето. Во рамки на овој процес детето покажува и подобрувања кои се однесуваат на јазикот, бидејќи интеракцијата честопати подразбира користење на говорот како средство за комуникација, а за потребите на заедничката игра (99).

Споделената контрола во рамки на заедничката игра се однесува на стимулативниот материјал кој детето и терапевтот ќе го користат во заедничката игра. Имено, терапевтот кој задолжително треба да има увид во интересот на детето истиот треба да го користи како мотиватор кој ќе го иницира детето на активност и интеракција, а што, секако, оди во прилог и иницира користење и на говорот кај детето.

Детско внимание и јасни можности за учење, затоа што иницијацијата на интеракцијата и заедничката игра воопшто зависат од насоченото внимание на детето кон другиот, односно партнерот во заедничката игра.

Баланс на стекнати развојни вештини и одржување на мотивација за учество во заедничката игра, што оди во прилог на неопходност за дозирање на заедничката игра која треба да е мотивирачка за детето и тоа во истата да се вклучи на начин кој ќе му овозможи учење нови вештини, соодветно на развојното ниво.

Природно засилување кое се однесува на мотивацијата на детето да оствари комуникација со партнерот во играта поради споделен интерес.

Моментално засилување на целното однесување или обид.

Социјална иницијација.

Иницијација на комуникација и интеракција преку поставување прашања.

Направено истражување на примерок од три деца со дијагноза АСН, кои биле спроведени во PRT-програмата, покажува резултати во прилог на спонтаната иницијација на прашања (во социјален контекст). Пред отпочнување на третманот децата ја немале развиено оваа компетенција (100).

Интеракција со група врсници која зависи од нивото на размена во рамките на остварената интеракција и комуникација при споделување на интереси.

Себемониторинг, менаџирање и регулирање во рамки на социјалната интеракција (101).

Клиничка студија, пак, која прави компаративна анализа за ефектите на PRT-програмата и АВА-програмата, во согласност со добиените резултати укажува на значително подобри резултати на PRT-програмата во делот на комуникација и просечна должина на изговор (102).

5. VBI-програма (VBI – Verbal behavior intervention)

Основите на оваа програма ги поставува Скинер во далечната 1957 година и на истите, со извесни модификации, се засноваат сите современи програми кои имаат за цел да обезбедат развој на јазикот и говорот кај децата со АСН. За првпат тој го дефинирал вербалното однесување како однесување кое е засилено со медијација на вербалното однесување на другиот. Во основа, учењето на Скинер вели дека фундаментална единица на вербалното однесување е вербалниот оперант кој го дефинира како одговор кој е засилен од карактеристична последица, а е под функционална контрола на релевантни услови на лишување или аверзивна стимулација (103).

Постојат повеќе видови вербални операнти, и тоа:

Барање е основниот глас кој го користи говорникот, а кој е под контрола на погоре посочените услови на лишување или аверзивна стимулација (кои се мотиватори), но е засилен и со карактеристична последица, со што одговорот го наведува засилувачот (на пример, лишување од вода – мотиватор, а одговор засилувач – *Жеден сум!*).

Одговорот, односно последицата, може да е под влијание на повеќе различни контроли (варијабли), со што последицата, т.е. одговорот е реален избор на поединецот (на пример, ако контрола се играчки во различни модалитети, а последицата е играта, одговорот на поединецот посочува на личен избор на играчките кои сака да ги користи во играта).

Ехоичен е вербален оперант кој е одговор на претходен вербален стимулус, чиј одговор кореспондира од точка до точка со формална сличност на вербалниот стимулус (претставува вербално повторување на содржината кажана од другиот).

Такт е вербален оперант кој е под контрола на невербален стимулус (на пример, ако детето види топка, тоа може да посочи на топката, да каже **топка** или да ја пронајде топката во даден збир од предмети или сликички).

Интравербален оперант е одговор на претходен вербален стимулус, чиј одговор не кореспондира со формална сличност на вербалниот стимулус (пример: *Каде лета авионот?*, одговорот на детето е интравербален оперант).

Текстуален вербален оперант е одговор на текстуален стимулус со кореспондентност од точка до точка, но без формална сличност (терапевтот пишува **маса**, детето текстуално го повторува идентично како и терапевтот, вокализира **каса**).

Транскрипциски вербален оперант е одговор на вербалниот стимулус со кореспондентност од точка до точка, но без формална сличност (терапевтот вели **маса**, детето вели **маса**, а пишува **каса**).

Конвергентен вербален оперант – ако повеќе од една варијабла контролира единствен одговор (на пример, ако детето каже **јаболко** и посочи на јаболкото со очекувана реакција на другиот кој на детето му го дава јаболкото – вербален и невербален стимулус, а еден одговор).

Дивергентен вербален оперант – една варијабла контролира повеќе од еден одговор (на пример, ако детето каже **ја** или **јабо**, и двата искази се однесуваат на **јаболко**).

Топографски базиран вербален оперант – кога целниот вербален оперант се отчукува на тастатура или се изговора.

Вербален оперант базиран на селекција – кога на вербалниот оперант се посочува преку селекција на збор или симбол кој стои на екран (104).

Значењето на кажаниот збор, т.е. на вербалниот оперант директно зависи од варијаблите кои го контролираат и е фактор за разликите во презентираното вербално однесување на детето. Така, на пример, ако детето каже **автомобил**, значењето на вербалниот оперант може да значи различно вербално однесување зависно од стимулусот (ако вербалниот оперант е барање, тогаш значењето на вербалното однесување оди во прилог на желба на детето да игра со автомобилот, ако, пак, вербалниот оперант е такт, тогаш укажува дека вербалното однесување е под контрола на невербален стимулус и значи дека детето видело автомобил). Ист збор иницира различна функционална реакција (105).

Генерализирано условено засилување се базира на одглас на претходен вербален стимул со вербален стимул кој има формална сличност и истиот ја премостува комуникацијата од точка А кон точка Б како двонасочен процес кој, пак, се заснова на контрола и засилување на примарниот вербален оперант.

Во рамки на комуникацијата, која претставува двонасочен процес, истата зависи од индивидуалните репертоари на оној кој слуша и оној кој зборува, кои се тесно поврзани и еднакво важни за генералниот придонес.

6. SRT-програма (SRT – Spontaneous response teaching)

Спонтаниот одговор се однесува на вербален одговор кој е резултат на невербален дискриминативен стимулус во отсуство на вербален дискриминативен стимулус. Во основниот концепт за спонтан одговор стои неопходноста на детето да му се даде доволно време, користејќи техники на моделирање, како и засилувачи на посакуваното однесување, т.е. спонтан одговор преку соодветно наградување (106).

Едно истражување кое е спроведено на државниот универзитет во Луизијана на примерок од три деца со дијагноза АСН, кои во рамки на третманот требале на научат спонтано да ги користат фразите: *Те молам!*, *Благодарам!*, *Повели и друг пат!*, укажува на статистички значајни позитивни поместувања во насока на можност детето да ги користи овие фрази во спонтаната комуникација, во рамки на природната средина, соодветно на контекстот. Секако, резултатите од третманот укажуваат на подобрување и на однесувањето, но не и ефекти врз несоодветната продукција на говор (107).

Увидот во интернет-базите дава лимитирани информации по основ на големина на примерок, неговата хронолошка возраст, како и ефекти од практикуваниот SRT-третман. Џонс и соработниците споделуваат информации за ефектот на третман во прилог на спонтан одговор спроведен кај момчиња на возраст од 3 години кој говори за ефектите во прилог на иницирање спонтан вербален одговор на невербален стимулус (108).

Во основа, проблемите на децата спонтано да одговорат на предизвиците во средината и да остварат комуникација и интеракција се резултат на отсуство на спонтана *Теорија на ум*, која го подразбира когнитивниот капацитет на индивидуата за увид во менталната состојба на другите, што, пак, е главен фактор за препреките во комуникацијата и социјалните интеракции, затоа што истата претставува основа за потребни адаптации кои лицето треба да ги креира со цел успешно да комуницира и да оствари функционални интеракции со опкружувањето. Едно истражување објавено во 2011 година укажува на неможноста лицата со АСН со успех да одговорат на тестот за погрешни убедувања кој се заснова токму на *Теоријата на умот*. Впрочем, влијанието на погрешните уверувања се основната забелешка на *Теоријата на умот*, затоа што тие единствено генерираат предвидување на однесувањето на другите. Дури и високо

функционалните лица од спектарот, на возраст под 11 години, не се во можност да го минат тестот на погрешни убедувања (109).

Учењето за спонтан одговор е рана интервентна програма која има за цел кај децата со АСН да создаде вештини за спонтано барање; вештини за спонтана комуникација (како одговор на промените во средината во која се одвива комуникацијата); вештини кои се дел од културата на однесување, употребени спонтано/непосредно (на пример: *Благодарам!*, *Извини!*); вештини кои се експресија на афекција (на пример: *Те сакам!*); вештини за спонтано барање информации (на пример: *Каде беше?*); вештини како барање за интеракција (на пример: *Сакаш да си играме?*).

Спонтаниот одговор и здруженото внимание се варијабли кои зависат од средината во која детето треба да оствари интеракција. Користењето роботски техники оди во прилог на развој на вештини кај детето како соодветен одговор на зададено барање, но не и на спонтан одговор и здружено внимание (110).

Секако, SRT-програмата не може да се користи како единствена програма во рамки на третманот, туку истата претставува концепт кој е дополнување на рана интервентна програма, а кој има за цел да го поддржи развојот на вештините за успешна комуникација и интеракции.

7. Когнитивен бихевиорален третман

Когнитивната активност го афектира однесувањето на индивидуата. Когнитивната активност може да биде мониторирана и изменета, а позитивни промени во однесувањето се можни единствено со промени во когницијата (111).

Когнитивен бихевиорален третман ретко се користи како рана интервентна програма и истиот главно е наменет за деца од училишна возраст, за адолесценти и за возрасни со АСН чија иницијална состојба е асоцирана со медицински состојби, како што се: присутна анксиозност, опсесивно-компулсивно нарушување, биполарно нарушување, депресија, отсуство на внимание (112).

Секако, во истражувачките кругови се присутни контрадикторности во делот на ефикасноста на третманот (113).

Третманот е краткорочно условен, насочен кон решавање конкретни проблемски ситуации. Може да се практикува и како групна терапија (114).

Најчесто користен во рамки на раната интервенција, а како дел од когнитивно-бихевиоралниот третман е третманот „Решавање проблем“. Истиот користи мноштво

стратегии во прилог на адаптивното функционирање и благосостојба на детето, но и редуцирање на негативните ефекти од стрес преку соодветни приспособувања, а во прилог на соодветен адаптивен одговор на бројни потенцијално стресни ситуации кои доаѓаат од секојдневното опкружување на детето (115).

Третманот „Решавање проблем“ содржи 14 тренинг-модули, и тоа:

- Иницијално структурирање (терапевтот се запознава со детето и креира позитивна релација).
- Увид во достигнувањата (увид во силните и слабите страни на детето во решавање на проблемски ситуации, како и потенцијално стресни околности од секојдневието).
- Увид во препреките за ефективно решавање проблеми (увид во когнитивниот капацитет и нивото на свесност, т.е. увид во екстернализација – идеи за можни начини за решавање на проблемска ситуација, визуелизација – конкретен план за решавање, симплификација – расчленување на проблем-ситуацијата на помали единици, доколку е комплексна). Ориентација кон проблемот преку негување на самоефикасност (позитивна перцепција на потенцијална проблем-ситуација).
- Препознавање на проблемот.
- Гледање на проблемот како на предизвик.
- Емоции и контрола на емоции во решавање проблем-ситуација.
- Модул „Застани и размисли“ со цел регулирање на потенцијалната импулсивност. Дефинирање на проблемот и увид во истиот за детето да создаде реалистични цели во прилог на решавање на проблемот.
- Генерирање алтернативи, т.е. можни решенија за проблемот.
- Носење одлука за решавање проблем одбележана со ефикасност, но и увид во последиците од сопственото делување.
- Верификација и имплементација на решение преку водено практикување, кое има за цел кај детето да креира ефикасност во справувањето со проблем-ситуации преку креирани вештини, но во прилог на генерализација, т.е. можност за нивно користење во природната средина.
- Брзо решавање на проблем-ситуациите преку сет од прашања во прилог на решавање на истите (односно на проблем-ситуациите).

Дополнително користени стратегии се:

- Дидактично инструкционирање (учење на специфични принципи за решавање проблем-ситуација).

- Тренинг (кратки вербални упатства за можни решенија на проблем).
- Моделирање (демонстрирање на специфични начини за апликација на принципи во прилог на решавање проблем).
- Оформување (напреден тренинг, покомплексни чекори).
- Проба (практична апликација, т.е. вежбање на проблемски ситуации од дневното опкружување на детето).
- Повратна информација за претходно изведената вежба, корекција, евалуација.
- Позитивно засилување (награда за ангажманот на детето) (116).

Во рамки на третманот децата учат како нивните мисли, однесување и чувства се поврзани и се во меѓусебна корелација. На тој начин терапевтот го подучува детето на стратегии за модифицирање на мислите и го моделира неговото однесување, соодветно на ситуацијата, што ефектуира со подобрување на социјалната вклученост и на комуникацијата со средината. Третманот влијае и на зголемување на емоционалниот комфор преку намалување на присутниот фактор на стрес.

На почетокот од третманот детето со АСН, со поддршка од терапевтот, е во можност да ги идентификува своите цели, пасии, вредности, кои се основа за планирањето задачи кои водат кон остварување долгорочни цели.

Моделот дава поддршка и на семејството во евалуацијата и рedefинирањето на сопственото делување во насока на позитивна динамика. Иако спаѓа во групата на рани интервентни методи, на истиот не смее да се гледа како на единствен модел за третман во обид да се обезбеди рана интервенција во развојот.

8. DIR-програма (DIR – Developmental and individual relationship therapy-floor time)

Овој модел е развиен во 1980-тата година во САД од д-р Стенли Гринспан и проф. д-р Серена Виедер и истиот се базира на развојната теорија. Ефективноста на оваа програма главно се проценува по тоа што истата обезбедува развој на капацитети за манифестација на трпение, регулација, вклучување и поврзаност со другите, што води кон иницијација и одговор на сите типови на комуникација (со гестикација или говор на тело за потребите на играта), што, пак, само по себе вклучува и решавање проблемски ситуации поврзани со заедничката игра, го зголемува нивото на вклученост преку давање сопствени идеи за текот на играта, влијае на развојот на креативноста и фантазијата, на развојот на релациите, т.е. на креирањето врски и емпатија кај лицата со

АСН. Индивидуалните разлики во практикувањето на играта се засноваат на биолошките основи и се одлучувачки фактор кој го дефинира начинот на кој детето ќе се вклучи во играта. Во позадината на ова стои начинот на кој детето ги регулира и одговара на сетилните инпути.

Моделот базиран на интеракција меѓу детето и родителот или терапевтот ефектуира со меѓусебно поврзување на учесниците во заедничката игра.

Од погоре изнесеното може да се заклучи дека DIR-моделот дава ефекти во двонасочната комуникација, развојот на сетилата, моторниот развој, емоционалниот и когнитивниот развој (117).

Третманот се спроведува од 2 до 5 часа на дневна основа, ги вклучува возрасниот и детето и вообичаено се одвива на под.

Индивидуалните разлики, како основа на третманот, укажува на фактот дека секоја индивидуа различно ги регистрира, регулира и модулира предизвиците кои доаѓаат од неговата природна средина, зашто, впрочем, детето учи за животот и за светот преку восприемање информации од непосредната околина. Индивидуалните разлики, кои во овој контекст е очекувано да се имаат предвид, се однесуваат на сензорното модулирање во чија основа стојат компетенциите на детето да остане смилено, будно и подготвено, соодветно да одговори на предизвиците, т.е. на сензорните инпути кои доаѓаат од непосредната околина.

Делот од DIR-третманот кој се однесува на креирање релации, се заснова на потребата на човекот, како социјално суштество, да остварува социјални интеракции со семејството, роднините, врсниците, во согласност со своите капацитети (вештини).

Во основата на изведувањето стои правилото дека детето е она кое треба да ја води и да ја дефинира насоката по која се одвива третманот, базирано на желбите, капацитетите и интересите (118).

Предноста на DIR-третманот се состои во тоа што истиот може да се изведува во природното опкружување на детето. Истиот може да се изведува не само во форма еден на еден (дете – терапевт), туку може да вклучи и други учесници во согласност со поставениот концепт, сообразно со потребите, желбите, интересите и капацитетите на детето. Имајќи предвид дека третманот се базира на силните страни на детето, а никој подобро од родителите нема увид во овие капацитети, многу често улогата на терапевт во третманот во природното опкружување ја имаат родителите, по претходно обезбедена можност за стекнување компетенции во прилог на соодветно изведување на третманот (119).

9. TEACCH-програма

TEACCH-моделот е структурирана програма чиј централен фокус е занималната или училницата која, секако, може да е инклузивна. Иницира активности кои имаат значење за детето, т.е. се вредни. Промовира посветеност во реализацијата, но и се базира на силните страни, како што е индивидуалниот капацитет на детето (главно можност за визуелно процесирање на информации). Во основа, менаџментот на однесување се заснова на претходно наученото однесување, имајќи увид во тешкотиите во социјалната комуникација, вниманието и егзекутивните функции.

Детекција на предизвиците поврзани со вниманието и извршни функции преку надворешна организациска поддршка, соодветна визуелна или пишана поддршка, како дополнување на вербалниот исказ кој го одликуваат едноставност и концизност и структурна поддршка во комуникацијата во социјалната средина (преку игри на улоги: театар, симболички игри, но користи и социјални приказни). За да се обезбеди ефективност, потребни се соодветни адаптации на просторот за учење и одбележување на истиот, во согласност со намената. Изборот на систем на активности се базира на потребите, но и на карактеристиките на индивидуата за која е наменет, а се спроведува во согласност со соодветната визуелна структура на материјалот кој во чекори го води лицето кон реализација на зададената активност. При реализација на активностите се мерат достигнувањата и се поставуваат очекувањата кои одат во насока на развој на самостојност кај индивидуата. Индивидуалниот распоред, што корелира со потребите на индивидуата за ред и предвидливост на содржините кои следуваат, се одликува со постојаност. Моделот го одбележува и конзистентност во поддршката која ја добива индивидуата (120).

Истражувањата кои нудат повратна информација за ефективноста од примената на TEACCH-програмата не само што укажуваат на значителни подобрувања во делот на претходно презентираниот аутистична симптоматологија туку и даваат увид во бенефициите за целото семејство, но и за учителите, како што се: намалување на стресот, добросостојба (121).

Дури и кога TEACCH-програмата се практикува со намален интензитет и во рамки на семејството, придобивките од истиот одат во прилог на намалување на симптомите на

неприспособено однесување и, воопшто, на аутистичната симптоматологија, а резултираат и со намалено ниво на стрес кај родителите (122).

10. Ран старт DENVER-програма

ESDM-програмата е рана интервентна програма развиена во 1980-тата година од Сали Роџерс и колегите од универзитетот во Колорадо и Центарот за здравје и наука. ESDM-програмата на уникатен начин го инкорпорира знаењето од различни дисциплини, како што се: Науката за развојот, Применетата бихевиорална анализа и Социјално-афективната невронаука.

Спаѓа во групата на рани интервентни програми која почнува со спроведување во периодот од 12 до 24-месечна возраст на детето. Третманот се одвива во траење од 20 + часа на неделно ниво, а е базиран на силните страни и потреби на детето на кое му е наменета програмата. Може да се практикува и во групна форма, но и во природното опкружување на детето, а улогата на терапевт да ја има родителот, за што истиот треба да се стекне со неопходни компетенции за негово спроведување. Во основа, станува збор за третман кој се заснова на игра која промовира позитивни ефекти на интерперсоналните активности. Заедничката игра во која активно учествува родителот има за цел да ја засили заедничката вклученост.

Програмата се заснова на уникатноста на детето за кое е наменета и која преку реализација треба да му овозможи на детето да го развие максимумот во рамки на својот иницијален потенцијал, што се однесува и на развој на вештини кои ќе му дадат можност да партиципира и активно да учествува во својата природна средина, со увид во потребите, а во насока на отстранување на бариерите кои ги лимитираат социјалните интеракции на детето. Раниот старт на програмата е од особена важност поради тоа што во раниот детски период мозокот се карактеризира со најголема невропластичност која му дава можност да се репрограмира, т.е. да се приспособи на опкружувањето. Темелите на програмата се засноваат на ставот дека состојбата АСН претставува препрека во развојот на здруженото внимание, реципрочната вокализација, имитацијата и, воопшто, на интеракцијата. Недостигот на ангажман во прилог на рана социјална реципрочна размена го оневозможува детето да креира заедничко значење и разбирање на однесувањето (делувањето) и емоциите на другиот, односно партнерот во рамки на социјалната интеракција.

Развојната низа во ESDM-програма се однесува на карактеристичната курикулум чек-листа со пристап до презентираното ниво на развојните вештини на детето. Курикулумот ги покрива развојните вештини кои се неопходни за кај детето да се развие рано социјално учење, што оди во прилог на развој на: имитативни вештини, здружено внимание, вербална и невербална комуникација, споделен афект и заедничка игра, како и моторни, адаптивни и когнитивни афекти, преку што се добива увид во слабите и силните страни на детето. Генерално, истото се однесува на сет интегрирани вештини кои одат во прилог на способноста за креирање, одржување и менаџирање на релациите (123).

Спонтаното социјално учење кое доаѓа како резултат на интеракциите на детето во природното опкружување со врстници е една од задачите на ESDM-програма.

Рутини на заеднички активности кои одат во прилог на здружено внимание, а кои задолжително вклучуваат и дете партнер кое дели заеднички интерес за активноста.

Користење посакувани активности на детето како фактор за мотивација за учество, значење, награда.

Продлабочено учење преку здружени, т.е. заеднички активности за кое се користат принципите на АВА-програмата.

Некои клинички студии покажуваат дека децата кои биле изложени на овој третман во раниот период од детството покажуваат дека истиот претставува успешно користена алатка за развој на самостојност во поврзувањето со други луѓе и градењето релации во социјален контекст, независно од нивото на интелектуално функционирање.

Спроведено е истражување во Јапонија на примерок од 27 деца на возраст од 29,4 плус-минус 6,4 месеци кои во период од 12 недели биле вклучени во ESDM-програма, со траење на третманот од 75 минути. За потребите на компаративна анализа, која дава увид во ефектите од третманот, се користени ABC и K-тест за мерење на достигнувањата во социјалните интеракции и комуникацијата. Резултатите од третманот укажуваат на значителни подобрувања во делот на социјалните интеракции и комуникацијата и намалување на несоодветните обрасци на однесување (124).

Метаанализа на примерок од 640 деца, од кои 286 деца добиле ESDM-интервенција и 354 деца во контролна група, со средна вредност на хронолошка возраст 2,5 години, од земји, како што се: Австрија, Австралија, Италија, Кина, Америка, укажува на разлики во часовите кои детето ги минува во третман, и тоа од 12 до 2 080 часа, но без статистички значајни разлики врз ефектите од третманот, т.е. на крајниот резултат.

Резултатите од истражувањето одат во прилог на намалување на презентираната аутистична симптоматологија во однос на иницијалната, презентирана пред третманот; позитивен исход во рецептивниот и експресивниот говор и воопшто во развојот на јазикот; значителен когнитивен напредок; подобрување во адаптивното функционирање; како и редукција на стереотипните обрасци на однесување (125).

Во едно истражување спроведено во Израел стои информација дека ESDM-програмата има селективна достапност поради финансиските трошоци од истата, па затоа е можна единствено лимитирана употреба, што, секако, зависи од капацитетите на државата во која треба да се имплементира или веќе се имплементира. Во истото истражување, кое има за цел да даде увид во ефектите од користењето на ESDM-програмата, во четири градинки е спроведен моделот на примерок од 26 деца со АСН, наспроти 25 деца со АСН во други четири градинки кои биле изложени на мултидисциплинарна развојна интервенција. Примерокот од двете групи е еднообразен во делот на функционалните особености. Возраста на примерокот е од 33 до 57 месеци.

Резултатите кои одат во прилог на примерокот кој бил спроведен во ESDM-програмата укажуваат на подобрување на когнитивните компетенции, рецептивниот и експресивниот говор, т.е. говорните вештини, адаптивниот одговор (соодветен на социјалниот контекст), како и зголемен репертоар на вештини во прилог на социјалните интеракции (126).

11. LOVAAS-програма

Оваа програма е креирана од д-р Ловас од *Универзитетот УКЛА* во САД, во 1960-тата година, период кога вкупниот број на достапни информации за АСН биле поприлично лимитирани, гледано од денешна перспектива. Од креирањето, па до денешната форма во која се практикува програмата се направени бројни измени кои се производ на искуството на тимот практичари кој бил вклучен во спроведување на третманот, односно истиот еволуирал соодветно на развојот на општеството, но и на достапноста на нови информации за АСН. Спаѓа во групата на рани интервентни методи со докажана ефикасност. Третманот е бихевиорален, а се заснова на принципите на АВА-програмата. Може да отпочне да се практикува на возраст од 2 до 8 години и да се практикува најдоцна до дванаесеттата година. Станува збор за интензивен третман во траење од 35 до 40 часа на неделно ниво, иако во различна литература се забележуваат и поинакви податоци за траење на третманот, што, секако, е детерминиран од потребите

на детето за кое истиот е наменет, на пример, до 60 часа, од кои 2 до 4 часа дневно интензивен третман со терапевт во индивидуална форма на работа и 4 до 6 часа третман во домот, спроведен од страна на родител. Формата на програмата задолжително ги обврзува родителите да го продолжат третманот во домот, во согласност со добиените насоки од терапевтот, сообразени со техниките на програмата, за што добиваат и соодветна обука.

Методот на работа кој се користи зависи од возраста на детето кое е подложено на третман. Така, во ран предучилиштен период, тоа е доминантно интерактивна игра (основен пристап), интегриран сеопфатен пристап (3 до 5 години) и практичен колаборативен пристап во училиштен период. Методите имаат индивидуални разлики во времетраењето на активностите и времето предвидено за паузи, а истите може да се одвиваат и во структурирана и во неструктурирана средина.

Првата година од третманот главно е наменета за учење на основните инструкции поврзани со процесот на учење, како што се: имитирањето, барањето и следењето едноставни инструкции, но и отстранувањето на евентуални дистрактори кои го попречуваат процесот на учење, како што се: самостимулирачкото однесување или агресивните облици на однесување, вклучително и автоагресијата. Програмата користи техники кои се фокусираат на расчленување на комплексната задача на помали делови, што му дава на детето можност да усвојува во чекор со своите капацитети. Ефектите главно се препишуваат на редуцирање на агресивното однесување, подобрување на комуникацијата, проследено со зголемување и на вокабуларниот фонд, зголемување на коефициентот на интелигенција, како и капацитетот за емотивно поврзување со другите и разбирање на афектот, но и намалена потреба за дополнителна поддршка по транзиција во училишниот период (127).

Секако, основната идеја на програмата е да се создадат можности за нејзино практикување во природното опкружување на детето со цел тоа да добие можност да ги генерализира стекнатите вештини преку нивна практична примена соодветна на контекстот. Дополнителен предизвик претставува можноста детето соодветно да одговори на сетилните предизвици кои доаѓаат од природната средина, а кои честопати е невозможно да се контролираат, што, секако, е различно од основниот поставен концепт на LOVAAS-програмата, според кој би требало да се отстранат сите потенцијални дистрактори кои го оневозможуваат учењето кај детето, што во реални социјални услови е невозможно. Иако користена форма во спроведувањето на третманот е индивидуалната

форма, тоа никако не значи дека истиот не може да се практикува и во група, но единствено кога за тоа ќе бидат креирани услови.

Метаанализа која ја истражува ефикасноста на дел од понудените рани интервентни програми кои се практикуваат во третманот на АСН покажува дека LOVAAS-програмата дава резултати во делот на когнитивната изведба, говорните вештини, како и во вештините во прилог на адаптивниот одговор. Секако, метаанализата укажува и на тоа дека достапните истражувања содржат лимитирани информации поврзани со користената методологија (128).

Метаанализата на три контролни клинички иследувања укажува на ефекти на LOVAAS-програмата во прилог на адаптивното однесување, комуникацијата, интеракцијата и развојот на вештини во прилог на дневните рутини, сеопфатниот развој на јазикот, експресивниот говор, сеопфатното интелектуално функционирање и социјализацијата. Истражувањето укажува на разлики во ефектите од LOVAAS-програмата кои зависат од времето кое детето го поминува во третманот (129).

12. LEAP-програма (LEAP – Learning experience and alternative program for preschoolers)

Програмата започнува во 1981-та година, креирана од д-р Филип С. Стрејн. Се спроведува во инклузивни услови, во градинка, на возраст од 3 до 5 години, каде што 3 до 4 деца со АСН (зависно од симптоматологијата) добиваат третман во природно опкружување на 10 невротипични врсници. Програмата е бихевиорално-развојна. Истата е интензивна, а квалитетот на крајниот исход е резултат на социјалната ефективност, т.е. функционалност на поставените цели; високо стимулативната средина во која детето има можност да даде соодветен социјален одговор што оди во прилог на негово активно ангажирање; сеопфатноста на третманот; верност во ефектите од третманот; носењето одлуки врз основа на податоци (130).

Во едно истражување се презентирани ефектите од тренинг на учители (поделени во две групи), во согласност со утврдената методологија и стратегиите кои ги користи LEAP-програмата во својата секојдневна работа. Едната група учители добила можност за тренинг во реално опкружување каде што се практикува LEAP-програмата, а другата група требала да обезбеди увид во користените методологии, стратегии и принципи на моделот преку користење соодветна литература, за што членовите на групата добиле соодветни прирачници.

Ефектите од нивната работа на примерок од 177 деца во секоја од групите, распоредени во 28 градинки, укажуваат на значителни разлики кои се однесуваат на нивото на компетенции на учителите во прилог на соодветен одговор на потребите за развој на децата, а во корелација со LEAP-принципите, за што увид е добиен преку анализа на презентираното подобрување, т.е. напредокот кај децата од двете групи во прилог на групата учители кои добиле практично искуство како дел од тренингот (131).

Основните ефекти од LEAP-програмата се однесуваат на следното:

- Инклузивност на средината во текот на целиот престој на детето во центарот.
- Квалитетна средина за развој, соодветна на потребите и на невротипичните деца.
- Поставениот курикулум е вграден во дневните рутини на центарот (градинката), давајќи им на децата значајни и социјално релевантни услови за учење.
- Главна улога во интервентната програма имаат невротипичните врсници кои треба да ја олеснат комуникацијата и социјализацијата на децата со АСН.
- Поставените цели на учење се одбележани со континуум кој води кон достигнување на одредената цел или генерализација на одредена вештина.
- Тренинг на семејството со цел стекнување компетенции во прилог на практикување стратегии за бихевиорално учење.
- Интензитетот на третманот не се однесува на временската рамка, т.е. на времетраењето на истиот на дневно ниво. Факторите кои го дефинираат алгоритмот на интензитетот на третманот, а се однесуваат на сите развојни подрачја кои се засегнати кај детето, се однесуваат на: бројот на можности за соодветен одговор, функцијата на одбраните цели од третманот, изборот на соодветна методологија во прилог на максимизирање на ефектите, но и минимизирање на евентуалните грешки, компетенциите на персоналот, но и верувањето во ефикасноста на програмата која ја спроведува, системско користење на податоци во креирањето на правилата кои треба да обезбедат минимална можност за несоодветна изложеност на детето на помалку оптималната програма во однос на неговите потреби.
- LEAP-програмата е одбележан со користени стратегии од други интервенции базирани на докази, како што се: АВА-програма, врсничко посредувано учење, инцидентно учење, PECS, PRT-програма, позитивна бихевиорална поддршка, учење без грешка, саморегулациски тренинг, стратегии за поттикнување и систематски тренинг за родители (132).

Учењето се заснова на потребите, интересите и развојното ниво на детето вклучено во центарот. Неопходни модификации во рамки на планирањето се прават само тогаш кога е тоа потребно. Развојот се обезбедува преку интегриран пристап кон курикулумот, што дава можност за развој на засегнатите сфери во развојот (социјален – адаптивно однесување, емоционален, когнитивен, моторен, јазик и говор), во стимулативна средина (преку интеракции со групата врсници) (133).

Дневното функционирање на центарот подразбира активности од три категории, и тоа: дневни рутини, планирани активности (за што постои претходно изготвен концепт), материјали, средства, увид во користената форма на реализација, методологија. Основа на планирањето е увид во детските интереси, можности и способности. Планираната активност има за цел да одговори на потребите за развој на децата за кои истата е наменета. Во рамки на реализацијата, децата се оние кои го водат текот на играта (активноста), а учителот треба да поттикне повисоко ниво на вклученост и посветеност на детето во реализацијата, што главно се сведува на неговата улога на мотиватор во процесот на реализација.

Активностите иницирани од детето се производ на интерес за игра или играчки.

LEAP-програмата се спроведува во центарот за ран детски развој во траење од 15 часа на неделно ниво и истата не подразбира индивидуално инструкционирање. Логопед, окупационен терапевт и физиотерапевт се поддршка во надминувањето на бариерите за потребите на интерактивната игра во рамки на типичните игри за возраста. Во рамки на програмата врсниците се користат како модели преку кои кај детето со АСН се поттикнува и се зајакнува целното однесување (134).

13. Логопедски третман

Можеби не е најчест, но е еден од првите третмани на кои е изложено детето со АСН, дури и пред добивање на дијагнозата, од причина што состојбата е одбележана и со одредени дефекти и недоследности во развојот на говорот. Истите може да се однесуваат на неусогласеност на изговорот презентираан преку крикови, плач и звуци, пелтечење или говор како музика, роботски говор (автоматизиран), употреба на странски зборови, ехолалија (папагалски говор), употреба на фрази и зборови во отсуство на соодветна интонација за потребите на процесот на комуникација. Нарушувањата на говорот може да бидат поврзани со семантиката и прагматиката, како

дел од проблемите поврзани со морфологијата, кои, секако, може да се однесуваат и општо на лексикологијата, зборообразувањето и морфосинтаксата (135).

Секако, не изостануваат и проблемите поврзани со синтаксата (136).

Развојната недоследност во манифестацијата на говор може да се забележи и пред поставување на дијагнозата АСН, па затоа логопедите се важна алатка во синџирот на детекција кој води кон рана дијагностика и третман. Задачата на логопедот е не само да обезбеди соодветна артикулација и дискриминација на гласови во обидот за развој на говорот туку и да создаде услови за користење на истиот за потребите на процесот на комуникација. Во основа, првиот чекор секогаш оди во насока на тоа детето да ги изрази своите желби и потреби во рамки на процесот на комуникација, што води кон воспоставување функционална комуникација. Секако, не смее да се занемари фактот дека еден дел од децата со АСН никогаш не успеваат да развијат говор. Затоа, кај лицата со АСН кои се невербални, терапевтот има задача да обезбеди аугментативна и алтернативна форма на комуникација преку користење на PECS, електронски уреди кои продуцираат говор, видеомоделирање или користење знаковен јазик. Се разбира, сето ова подразбира неопходно вклучување и обука на семејството.

Она што е особено важно пред отпочнување на логопедскиот третман е логопедот да добие комплетен увид во развојот на детето. Компетенциите на логопедот, во прилог на познавање на развојот на децата соодветно на возраста, се можност за логопедот преку увид во тој развој да добие повеќе информации кои ќе одат во прилог на реалната слика, што е особено значајна и за третманот. Така, на пример, недоследноста во развојот на грубиот моторен развој кај детето може, но и не мора да значи недоследност во сите останати домени на развој. Недоследноста во финиот моторен развој е од особена важност да се исклучи затоа што истиот се однесува на малите мускули кои се вклучени во изговорот. Увидот во нивото на презентираната самостојност за активности од типот на дневните рутини, пак, укажува на дефицити во прагматиката. Увидот во хранењето, пак, не само што дава увид во цвакањето и голтањето, туку може да посочи и на присутна тактилна неинтегрираност, што, секако, влијае општо на развојот на оралната праксија кај детето, што е повеќе од неопходна за развој на говорот. Евентуално присутната хиперсаливација, но и начинот на кој детето вдишува и издишува е индикација за истото да се упати во соодветна здравствена установа за дополнително иследување, сè со цел да се исклучи проблемот со аденоидите или некој друг патофизиолошки фактор кој ја попречува артикулацијата на гласовите и продукцијата на говорот.

Увидот во социоемоционалниот развој на детето и во нивото на презентираниот емоционална зрелост, себерегулацијата, експресијата на афект, кои се особено значајни предвидуваачи/предиктори на потенцијалната релација која ќе ја креира детето со логопедот, е фактор за успех во третманот.

Увидот во когнитивниот домен се однесува на перцепцијата, меморијата, концептуализацијата, имагинацијата, резонирањето. Овој увид го дефинира идниот концепт на третманот во делот на поставувањето на целите, изборот на материјалите и начинот на реализација.

Увидот во рецептивниот говор, чиј развој отпочнува веднаш по раѓањето, а е условен од сетилата преку кои детето истражува за светот од блиското опкружување, се однесува на вештините кои одат во прилог на комуникацијата. Истите се однесуваат на разбирање на идејата, мислите, концептот, значењето на звуците, соодветноста на невербалниот или вербалниот одговор, соодветен на стимулусот.

Увидот во експресивниот говор на детето е начин за размена на идеи, намери, мисли, во согласност со концептот на реципрочна размена, а во прилог на комуникацијата. Први форми на експресивен говор кој не е вокабуларен се плачењето и смењето. Увидот на логопедот за возраста на која се јавил баблингот, редупликацииите, гугањето, првиот збор, како и увидот во користењето жаргон, присуството или отсуството на здружено внимание, се фактори кои ги дефинираат целите и концептот на логопедскиот третман воопшто (137).

Во процесот на генерализирање на вештините, за потребите на спонтаната комуникација, терапевтот го намалува вкупниот број на инструкции кои ги нуди на лицето. Особено важно е наученото во рамки на третманот да се практикува во рамки на групата врстници, т.е. во природното опкружување со цел да се обезбедат соодветни интеракции, што, пак, се поврзува со вештините за игра, здруженото внимание и со соодветен одговор на именување. Затоа, покрај сесиите кои се одвиваат во услови еден на еден, неопходно е учество на логопедот и во природната средина со цел да се обезбеди социјално прифатливо однесување во процесот на комуникација. Секако, во ингеренциите на логопедот се и корекција на граматиката, разбирање на фигуративниот јазик и создавање вештини за прашување и одговор во процесот на комуникација (138).

Дефицитите во експресивниот говор се регулираат во рамки на третманот со користење граматички цели кои треба да обезбедат конверзациско преобликување. Секако, истите имаат ефект и врз развојот на рецептивниот говор кај детето (139).

14. Програма „Повеќе од зборови“ (More than words – Hanen center)

Центарот Ханан преку својата рана интервентна програма „Повеќе од зборови“ има за цел да обезбеди соодветна обука на родителите на деца со АСН за потребите за развојот на говорот, тргнувајќи од размислувањето дека родителите се најдобри терапевти (учители на своите деца), но и дека природното опкружување на детето е најсоодветна средина во која детето би требало да ги развива своите комуникациски вештини и говорот за потребите на комуникацијата.

Истражувањето на Гибард, кое прави анализа на третманот во прилог на развој на говорот, реализиран од родителите кои поседуваат компетенции за спроведување и третманот спроведен од професионалец, укажува на разлики во достигнувањата во прилог на групата каде што третманот го спроведуваат родителите (140).

„Повеќе од зборови“ е рана интервентна програма базирана на докази.

Целта на програмата е да обезбеди позитивни и значајни интеракции меѓу децата и родителите кои се резултат на сензитивност и соодветен, фокусиран и навремен одговор на родителот кога детето ќе се обиде да оствари комуникација, што ефектуира со подобрување на вештините за комуникација кај детето (141).

Основните препораки на програмата се однесуваат на детектирање на нивото на комуникација која ја остварува детето, а која е детерминирана од способноста за интеракција на детето со родителот, начинот на кој остварува комуникација, зошто детето остварува комуникација (кои се потребите на детето во комуникацискиот процес) и какво е разбирањето на детето.

Ова на родителот му дава можност да постави цели кои ќе одговараат на потребите на детето и ќе бидат поддршка за развојот на вештини за потребите на комуникацијата. Програмата опишува четири стадиуми на комуникација кај децата, и тоа:

- Стадиум на лична агенда (отсуство на интеракција и наизменична игра).
- Стадиум барање.
- Стадиум рана комуникација (иницијација).
- Стадиум на партнерска комуникација (интерактивна, наизменична) (142).

Четири основни принципи на програмата се однесуваат на следното:

- Природната средина во која детето со АСН секојдневно партиципира е средина во која се одвива и третманот.

- Структура и предвидливост (константност) во користењето стратегии во третманот: *Повтори го тоа што го кажуваш и правиш! – Креирај услови за детето активно да учествува во процесот! – Наведи го детето доколку му е потребна помош! – Потруди се активноста да биде забавна за детето да остане мотивирано за учество!*
- Детето ја води играта следено од родителот. (Во основата на овој принцип стои можноста детето да направи избор на игра или содржина на која родителот соодветно одговара, но во прилог на развој на говорот кај детето.)

15. Музикотерапија или IMT (IMT – Improvisational Music Therapy)

Музикотерапијата како рана интервентна програма кај АСН подразбира користење различни форми на музичко изразување, како што се: танц, создавање музика, слушање музички содржини. Истата се користи со рецептивни и активни музикотераписки техники. Основните цели на третманот се во прилог на подобрување на вештините за потребите на социјалните интеракции, комуникацијата, адаптивниот одговор на социјалниот контекст, но и инхибирањето на вокалните стереотипи. Музикотерапијата и денес е предмет на контроверзност во делот на ефектите од третманот, што се должи на разликите во резултатите на различни клинички истражувања, случајни (рандомизирани) студии или систематски прегледи на содржини поврзани со темата, иако се зголемува вкупниот број на докази кои одат во прилог на ефектите од третманот (143).

Во согласност со извештајот на *Институтот за детски развој Френк Портер Грахам, Универзитет на Северна Каролина*, за практиките во третманот на АСН базирани на докази, музикотерапијата е можеен третман со докажана ефикасност (144).

Основата на третманот ја чини интеракцијата меѓу лицето со АСН кое спонтано создава музика и терапевтот, како обид за креирање интеракција која оди во прилог на продуцирање музика (мелодија, ритам). Третманот може да биде интензивен, во траење од триесет минути до еден час, три пати во неделата или помалку интензивен, односно да се практикува еднаш неделно. Истиот може да се одвива и во семејството и да ги вклучи и останатите негови членови. Направениот систематски преглед на истражувања кои се поврзани со ефектите на музикотерапијата зборува за ефекти во делот на зголемувањето на социјалниот одговор преку подобрување на контактот со очи, здруженото внимание, моторната имитација и синхронизација на ритамот, како и во делот на меморирање на говорната содржина која би имала функција на ехолаличен

говор, доколку терапевтот не обезбеди генерирање на истата во функција на процесот на комуникација (145).

И покрај фактот кој говори за отсуство на невронаучни докази за бенефициите од музикотерапијата, едно истражување на примерок од 26 деца кои биле изложени на музикотерапија во форма на ритам и песни, во период од 8 до 12 недели, покажува подобрување во функционалната поврзаност на фронтално-темпоралната регија, аудитивната и фронтално-моторната регија на мозокот, наспроти 25 деца од контролната група кои не биле изложени на музикотерапија (146).

Ако одиме наназад во историјата на АСН, Канер говори дека невербалните лица со аутизам продуцираат звуци кои наликуваат на пеење или мумлање, што може да се третира како обид на овие лица да остварат комуникација или интеракција. Здруженото внимание, моторната имитација и синхронизацијата на ритам се промотори на предвербалната комуникација, а музикотерапијата може да се смета и за терапевтска програма која дава ефекти и врз развојот на говорот. Во делот на ефекти поврзани со когнитивното функционирање, истите се однесуваат на подобрувања на вниманието и меморијата (147).

Музикотерапијата може да најде свое место и во рамки на АВА-процедурите кои одат во прилог на усвојување на говорот инкорпориран во рамки на третманот како мелодија, звук или ритам, што оди во прилог на креирање вербален оперант (148).

16. Сензорна интеграција

Сензорната интеграција е невробиолошки процес кој треба да обезбеди соодветност на сензорниот инпут до мозокот со реалниот интензитет на стимулот од средината. Проблемите со интеграцијата на сетилата се едни од почестите дисфункционалности со кои се соочуваат лицата со АСН, а што, секако, влијае и на нивниот развој, како и на однесувањето и доживувањето на примените информации од сетилата.

Сензорната интеграција спаѓа во групата на рани интервентни програми која би требало да отпочне да се практикува по воспоставувањето на дијагнозата, односно по добивање на информацијата за засегнатиот сетилен модалитет. Истата има за цел да ги изложи децата на засегнатиот сетилен стимул на систематизиран и репетитивен начин со цел детето да се прспособи, т.е. да се навикне на стимулот, да го усвои и соодветно да реагира на истиот. Изложувањето секогаш треба да е целисходно, т.е. насочено кон

одредена активност или моторно движење, што е личен избор на детето. Обврска на терапевтот е да обезбеди организација на просторот на начин кој ќе го мотивира детето да дејствува целисходно (кон остварување на посакуваната цел) (149).

Во рамки на третманот е предвидено користење на опрема соодветна на сетилниот модалитет кој треба да се интегрира (нишалки, флуоресцентни ламби, различни текстури), акомодации и адаптации (носење слушалки, тампони за уши, памучна и удобна облека со отстранети етикети од внатрешноста), сензорна диететска програма која подразбира поддржувачки сензорни стратегии (користење храна со соодветна текстура, поставување и дефинирање на „тврдо место“, користење елечи со тегови). Предвидени се и модификации на средината, соодветни на потребите на засегнатото сетило, како и едукација на семејството и останатите вклучени во воспитно-згрижувачкиот и образовниот процес за начинот на влијание на одредени сетилни модалитети на однесувањето на детето и на процесот на учење (150).

Имајќи предвид дека во основата на презентираното однесување на индивидуите со АСН стојат сетилните предизвици со кои тие се соочуваат, но и дека истите влијаат на нивото на будност и мотивираност на индивидуата да одговори на дневните предизвици, но и се фактори за презентираната иритабилност или предизвикувачкото однесување, повеќе од сигурно се наметнува неопходноста за спроведување третман со цел интеграција на сетилните модалитети. Науката познава повеќе третмани кои одат во прилог на сензорната интеграција, што вклучително се однесува и на аудитивно-интеграцискиот третман кој подразбира изложување на лицата со АСН на звуци со различен интензитет и фреквенција. Секако, еден дел од научните истражувања укажуваат на неопходност за дополнителна анализа на нивната ефективност и евентуалните ризици за губење на слухот (151).

Многу често во литературата и науката сензорната интеграција се споменува како третман со ограничена ефективност кај лицата со АСН. Лимитираноста во делот на ефектите се заснова на фактот што истите се квалитативни, т.е. се засноваат на анализа на презентирани разлики пред и по спроведување на третманот, а во форма на видеозапис сведочат за ефектите на истиот кај лицата со АСН (152).

Сензорната интеграција, во согласност со Ајрес-педагогијата, во основа се базира на способноста за регулирање и менаџирање на адаптивен одговор на сензорниот инпут, кој оди во прилог на сензорната модулација (153).

Во делот на предизвиците со кои може да се соочува лице со неинтегрираност на сетилните модалитети, истите може да бидат некои од следните типови:

- Сетилна сензитивност – вознемиреност и дистракција од сензација, што оди во прилог на сетилна преосетливост.
- Сетилно избегнување – контролирање или избегнување на количеството или типот на сензација.
- Ниска регистрација – отсуство или намален праг на чувствителност за сензации, што оди во прилог на намалена сетилна осетливост или хипосензитивност.
- Сетилно барање – задоволство и интерес за сензација со интензитет кој се зголемува (154).

Спроведеното истражување на 100 деца на возраст од 27 месеци укажува на ниска регистрација во делот на сетилната модулација кај 89 % од анализираниот примерок, што е фактор за бихевиоралниот одговор во рамки на комуникацијата која ја остваруваат овие лица со средината (155).

17. Окупациона терапија

Преку холистички пристап окупационата терапија има за цел на лицата со АСН да им овозможи справување со дневните активности и комуникација со средината преку активна партиципација, во прилог и со значење за лицето и неговото семејство. Третманот е долготраен и има за цел да ги спроведе, т.е. да ги достигне претходно утврдените цели на третманот, а во согласност со можностите и потребите на лицето и неговото семејство. Активностите кои се спроведуваат во рамки на третманот се однесуваат на градење вештини за секојдневно и самостојно функционирање на лицето во делот на одржување на културно-хигиенските навики, вештините за игра, вештините за двонасочна комуникација, моторните вештини, но и интеграција на сетилата за соодветно восприемање на сетилните модалитети. Подготовката на лицето за краткотрајни и долготрајни транзиции е уште една задача на овој вид третман (156).

Основен метод во спроведување на третманот е играта во која е очекувано активно учество на лицето. Времетраењето на играта зависи од нивото на мотивација на лицето кое, всушност, и го дефинира времетраењето на играта. Играта е мултидимензионален облик на комуникација која вклучува спонтанa иницијација на одговор во насока на решавање одреден проблем, задолжително е забавна, креативна активност, која подразбира соработка меѓу учесниците во истата (157).

Во рамки на играта се очекува адаптивен одговор соодветен на контекстот кој во голема мера зависи и од сетилните предизвици со кои се соочува лицето со АСН. Во таа

насока, несоодветноста на телесната шема која е директно поврзана со сетилните предизвици во делот на вестибуларниот, проприоцептивниот, визуелниот и тактилниот систем е фактор за несоодветен одговор на барањата на заедничката игра, што честопати може да води и до манифестација на вознемиреност, фрустрација, лутина и одбивање на учество во играта воопшто. Оттука, успешното спроведување на третманот во голема мера зависи и од компетенциите на терапевтот кој треба да обезбеди форма соодветна на капацитетите на лицето за кое е наменет третманот. Така, во креирањето на играта основно е да се има увид во развојниот статус на детето, неговите потреби за развој, функционалните особености, но и какво е значењето на играта врз основа на детскиот интерес за истата, како основа на интервентниот план (158).

Играта, како дел од окупационата терапија, се користи и за развој на социјалните вештини кои одат во прилог на комуникација на лицето со АСН со средината, а изградениот концепт се заснова на *Теоријата на умот* (159).

Ако на тоа се додадат и проблемите поврзани со извршното функционирање кои го оневозможуваат лицето со АСН да испланира, организира и спроведе, т.е. да изврши одредена активност или однесување, повеќе од неопходно е користењето на играта како дел од третманот на лицето со АСН, а во прилог на развој на социјалните вештини за успешно функционирање на лицето во социјалната средина (160).

Симболичката игра, како една од опциите во спроведување на третманот, оди во прилог на развој на здруженото внимание кај лицето со АСН (161).

18. Психотерапија

Ако ги погледнеме психолошките аспекти на лицата со АСН кои се однесуваат на здруженото внимание, егзекутивното функционирање, академското функционирање, меморијата, моторното функционирање, процесирањето на емоциите, но и проблемите со соодветното восприемање на сензорните модалитети од средината, повеќе од очигледно е дека психотерапијата може да се смета за можна терапевтска алатка во третманот на лицата со АСН. Истата доминантно е насочена кон регулација на присутната перзервација во однесувањето (репетитивност), презентираниот анксиозност во комуникацијата, депресијата. Основата на психотерапијата во третманот на АСН се базира на хеуристичките принципи кои имаат за цел градење на артифицијална интелигенција (лицето делува во согласност со личната автономија, преку увид во состојбата, без инструкционирање за начинот на реализација).

Во основата стои создавање услови за лицето да открие или да учи нешто за себе. Поставените цели најчесто се однесуваат на развој на:

Развој на адаптивни вештини во прилог на решавање проблемска ситуација (добро решение во разумно време). Темелот се инсинуации кои одат во прилог на решавање проблемски ситуации, со точно дефинирани почетна и целна точка, што ги вклучува и конкретните техники или спроведените задачи кои водат кон целта.

Картички на однесување кои обезбедуваат соодветен фидбек, односно соодветна повратна информација за презентираното однесување на детето. Преку увидот во картичките детето добива информација за соодветност на однесувањето, што оди во прилог на засилување на посакуваното однесување. Картичките се користат како модификатор на однесувањето на детето и тие не се мерка за казнување.

Позитивна социјална комуникација која во голема мера зависи од способноста да се разбере говорот на телото, гестикулацијата и фацијалната експресија на соговорникот, како дел од невербалната комуникација, но и да се презентира соодветна повратна информација на иницираната.

Стабилност и промени. Стабилноста е поврзана со потребата на лицата со АСН за постојаност, структура и ред. Увид во промените кои се случуваат во рамки на дневните рутини и креирање на адаптивно однесување на промените кои се случуваат се уште една од целите на третманот.

Рамката на третманот се развива од насока индивидуален во насока групен третман, што подразбира партнерски однос на сите вклучени во процесот. Води од бихевиорален кон когнитивен и когнитивен, кој се базира на претходните информации од третманот како патоказ за понатамошно делување. Вклучувањето на родителите во третманот секогаш не е избор. Истото понекогаш се поставува за нужно (162).

Во креирањето на основниот концепт на психоанализата, како дел од психотерапијата, се поаѓа од концептот за *Теорија на умот*, како основа на третманот и бенефициите од истиот. Перцепцијата на предизвиците со кои се соочува детето се поврзани со природните, односно генетските предиспонирани капацитети, но и со презентираното ниво на когнитивен капацитет, од една страна, и средината како фактор на влијание која секогаш не остава печат во свесната меморија на детето, но е секогаш забележана во структурите на мозокот, од друга страна. Семејството како средина и начинот на кој истото функционира се фактори за презентираната состојба на детето. Присутната постпородилна депресија, отсуството на афективното поврзување на мајката со детето се, секако, фактори на влијанија кои потекнуваат од средината. Предвремено

родените деца, исто така, доживуваат рано трауматско искуство кое е поврзано со болка поради изложеноста на различни процедури, што укажува на негативниот импакт врз презентираниот состојба на детето. Доењето е прва можност на детето да го регулира растојанието (блиску/далеку од дојките на мајката), кое е физиолошки претходник за перзервација на далечина и трета димензија, што е услов за разбирање на концептот внатре/надвор.

Ваквиот увид на терапевтот му дава можност да постави соодветен концепт на третманот кој се реализира преку игра, симболичка игра во која нивото и формата на вклученост на терапевтот зависи од индивидуалната проценка соодветна на потребите на детето вклучено во третманот (163).

И покрај лимитираноста на податоци кои се однесуваат на користење на психотерапијата во раната интервенција кај дете со АСН, како и резултати во прилог на ефективност, повеќе од реална е потребата од истата, и тоа гледано од позиција на рана интервенција наменета за родителите и семејството на детето со АСН. Причина повеќе е што состојбата АСН го засега целото семејство, а влијае и врз презентираниот ментално здравје на родителите и другите членови на семејството. Преку третманот родителите ќе можат да развијат стратегии за што поуспешно да се справуваат со предизвиците и состојбите на стрес на дневно ниво, а со тоа ќе бидат и позитивна средина која ќе може да одговори на предизвиците поврзани со потребите на нивното дете со АСН (164, 165).

19. SCERTS-програма

SCERTS-моделот е рана интервентна програма (поради можната имплементација во предучилишниот период) која обезбедува едукација на деца со АСН. Моделот е сеопфатен и мултидисциплинарен и во согласност со поставените цели посоодветно е да се смета за развоен отколку бихевиорален, што е можеби и основна разлика со останатите рани интервентни програми.

Основни цели на SCERTS-програмата се:

Социјална комуникација

А. Подобрување на детскиот капацитет за здружено внимание:

- изразување намера за комуникација;
- проширување на рангот на комуникациски функции;
- подобрување на социјалната реципрочност;
- подобрување на погледот кон комуникацискиот процес, споделување емоции.

Б. Подобрување на капацитетот за користење симболи (симболичко однесување):

- поместување од неконвенционално во конвенционално значење на комуникацијата;
- поместување од претсимболичко во симболичко однесување во комуникацијата и играта;
- поместување од ехолалија кон функционален говор;
- сеопфатно подобрување на говорот и друг симболички систем.

Регулација на емоции

А. Подобрување на капацитетите за себерегулација (самостојност во користењето сензомоторни, лингвистички, когнитивни стратегии за регулирање на емоциите, а во поддршка на презентираното внимание и посветеност).

Б. Подобрување на капацитетите за заемна регулација (способност да се побара помош или да се одговори на заложбите на родителите за регулирање на емоциите при транзиции во социјалната средина преку користење на сензомоторни, говорни, когнитивни стратегии).

В. Подобрување на капацитетите за закрепнување во услови на дисрегулација (самостојно или со помош на родителите).

Трансакциска поддршка

А. Едукација и поддршка во учењето – користи визуелна и друга организациска поддршка која се однесува на модифицирање на средината и курикулумот.

Б. Интерперсонална поддршка – интерактивен стил во користење на јазикот преку избор на соодветен партнер за реципрочна размена, но и развојна поддршка со цел на детето да му се овозможи учество, комуникација, поврзување, игра на што пософистицирано ниво. Поставениот дизајн на детето му дава можност да учи и да развива релации со врсниците.

В. Поддршка за семејството – и емотивна и едукативна, сè со цел зголемување на нивната самодоверба, но и развој на способности во прилог на поддршка на развојот на сопственото дете.

Г. Поддршка на професионалците – обезбедена можност за зголемување на нивните компетенции и терапевтски вештини, но и емотивна поддршка со цел тие да можат успешно да се соочуваат со предизвиците поврзани со работната средина.

Цели поврзани со развојот на јазикот, а кои задолжително се во корелација со основните цели на SCERTS-програмата:

- предлингвистичко ниво;

- елементарно ниво на развој на јазикот, кое во согласност со развојните текови се јавува на возраст од 12 до 36 месеци и истото е одбележано со збор-реченица или едноставна комбинација од 2 до 3 збора во реченица;
- напредно ниво (166).

SCERTS-програмата промовира еколошки модел за мерење на напредокот преку динамички мерки кои даваат увид во успехот во комуникациската размена, експресијата на емоции, регулацијата, мотивираноста за социјализација и комуникација, социјалната компетентност, релациите со групата вршници, компетенциите за партиципација и активно учество во активностите кои се случуваат во природната средина.

Основните цели на SCERTS-програмата со успех може да си инкорпорираат и во други интервентни програми, како што е музикотерапијата, со најдобри резултати кај трансакциските цели, а помалку добри во делот на здруженото внимание (167, 168).

Постојат повеќе истражувања кои одат во прилог на докажаната ефективност на програмата. Истражување спроведено во Хонгконг на примерок од 122 деца посочува на значителни ефекти од спроведена SCERTS-програма во траење од 5 и 10 месеци, и тоа во делот на социјалната комуникација, емоционалното однесување и регулацијата на емоции, како и на позитивен став на родителите и учителите поради презентираниите подобрувања и напредок (169).

Погрешно е моделот да се третира како конкретна терапевтска техника. Напротив, истиот се состои од повеќе различни конкретно опишани сетови од користени техники за потребите за развој на детето на кое му се наменети. Во центарот за планирање, SCERTS-програмата се води од потребите на лицето, неговите силни страни, но и интересите, што води кон заклучок за позитивистички пристап во планирањето и реализацијата. Ефектите од третманот главно се согледуваат во подобрувањата во функционалната, спонтаната комуникација, развојот на вештини за игра и генерализација на здобиените вештини поради реална употреба на истите во променет контекст, позитивистичкиот пристап во справување со проблематичното однесување, како и во развојот на функционалните академски вештини. Третманот се спроведува во инклузивна средина, но и во домот на детето во траење од 25 до 35 часа неделно.

III. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Предмет на истражувањето

Предмет на истражувањето се ставовите, мислењата и знаењата, како дел од стручните компетенции на давателите на услуги (воспитувачи и негувателки) во државните градинки (на национално ниво) за АСН, во делот на препознавање на симптоматологијата (детекција), раните интервентни програми наменети за деца со АСН и возраста на која истите се однесуваат, како и ефектите од нивната рана апликација. Родителите кои ги користат услугите на државните градинки, како предмет на ова истражување, имаат за цел да дадат увид во нивните ставови и мислења, но и знаења поврзани со раното препознавање на АСН, раните интервентни програми за АСН, ефектите од истите, но и инклузивната сензитивност на децата со АСН во градинките, како и став за нивото на соработка и инволвираност на давателите на услуги во соодветен одговор на потребите за развој на детето со АСН. Предмет на истражување се ставовите, мислењата и компетенциите и на матичните лекари во прилог на рана детекција, но и поставување на основано дијагностичко сомневање кое се упатува на понатамошна дијагностика. Увид во понудата на услугите кои спаѓаат во категоријата на рани интервентни програми наменети за деца со АСН, како предмет на истражувачки интерес поврзан со центрите за рана стимулација на раст и развој.

2. Цели на истражувањето

Цел на истражувањето е увид во знаењата, стручните компетенции и инклузивната сензитивност на давателите на услуги во државните градинки да детектираат развојно отстапување кое оди во прилог на АСН, соодветно да одговорат на потребите за развој на дете со АСН, но и да остварат соработка со родителите и останатите даватели на услуги за потребите на раната интервенција.

Родителите кои ги користат услугите на државните градинки треба да дадат увид во нивните знаења поврзани со раното препознавање на симптомите, што оди во прилог на рана детекција на АСН; во нивните знаења за ефектите од раната интервенција и возраста од која истата може да почне да се спроведува со најголеми резултати, но и да дадат увид во нивото на нивната инклузивна сензитивност. Цел на истражувањето, секако, е и родителскиот став за компетенциите на работните профили во градинките во

делот на процена поврзана со развојните достигнувања на децата, но и планирање и спроведување на развоен план за детето кое е дијагностицирано со АСН.

Цел на истражувањето е и увид во знаењата на матичните лекари поврзани со препознавањето на знаците на аутизам во рана возраст, но и знаењата за рани интервентни програми кај АСН, возраста на која се спроведуваат и ефектите од истите. Матичните лекари, како целна група тесно поврзана и детерминирана како фактор за препознавање на симптомите на АСН во рана возраст, а која, несомнено, во согласност со законските регулативи како стручен профил има можност да упати на понатамошна дијагностика под сомнение за дијагноза F48, се особено важен сегмент во системот за рана детекција, дијагностика, но и третман, особено поради тоа што матичниот лекар треба да ги информира родителите за достапноста на услугите кои одат во прилог на рана интервенција, а се под покровителство на Фондот за здравствено осигурување.

Центрите за рана стимулација на раст и развој, како цел на истражувањето, треба да дадат увид во раните интервентни програми кои се дел од нивните услуги, формата на спроведување и компетенциите во прилог на апликација на истите.

3. Задачи на истражувањето

- Да се утврди дали работното искуство во професијата влијае врз стручните компетенции на воспитувачите/негувателките во прилог на рана детекција на АСН.
- Да се утврди дали работното искуство на воспитувачите/негувателките влијае на поседувањето соодветни стручни компетенции во прилог на соодветен одговор на потребите за развој на дете со АСН во инклузивни услови во градинка.
- Да се утврди дали возраста на воспитувачите/негувателките влијае на нивниот став за неопходно и континуирано стручно усовршување во прилог на детекција, но и работа со деца со АСН во градинките.
- Да се утврди дали возраста и искуството во професијата на давателите на услуги во градинките се поврзани со нивното знаење за раните интервентни програми кај АСН и ефектите од истите.
- Да се утврди дали возраста на воспитувачите/негувателките влијае врз нивниот став за формата и воопшто на подготвеноста за учество и соработка со давателите на услуги кои спроведуваат рани интервентни програми кои се наменети за детето со АСН надвор од градинката, сè со цел да се обезбеди холистички пристап во рамки на индивидуалното насочено планирање.

- Да се утврди дали возраста и искуството во професијата на воспитувачите/негувателките влијаат на формата на соработка која ја иницираат не само со родителите на детето со АСН туку и со сите останати родители (во прилог на зголемување на националната свесност кај родителите за различностите).
- Да се утврди влијанието на возраста, искуството во професијата и стручните компетенции, во прилог на детекција на АСН, на воспитувачите/негувателките да препознаат развојно отстапување и за истото да ги информираат родителите.
- Да се утврди дали отсуството или лимитираните стручни компетенции на воспитувачите/негувателките, во прилог на детекција и одговор на потребите за развој на детето со АСН, се фактори за дополнителни ограничувања/лимита кои се однесуваат на соработка со родителите и надворешните даватели на услуги во делот на рана интервенција кај АСН.
- Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови во кои живее семејството влијаат на нивните познавања за развојните текови во периодот од раѓање до 6 години.
- Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови влијаат на нивните знаења за АСН.
- Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови влијаат на нивните знаења за раните интервентни програми кај АСН и ефектите од истите.
- Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови влијаат на нивните ставови поврзани со инклузијата на децата со АСН во градинките.
- Да се утврди дали социокултурните услови во кои живее/егзистира семејството го дефинираат ставот на родителите за формата на учество на воспитувачите/негувателките во детекција и во спроведување програма соодветна на потребите на детето со АСН во градинката.
- Да се утврди дали возраста и искуството во професијата на матичните лекари влијаат врз нивните стручни компетенции за рано препознавање на АСН.
- Да се утврди дали возраста на матичните лекари влијае врз нивниот став за возраста на која може да се забележат знаци кои одат во прилог на дијагностичка проценка на АСН.

- Да се утврди дали возраста и искуството во професијата на матичниот лекар влијаат врз неговите знаења поврзани со раните интервентни програми кај аутизмот и ефектите од истите.
- Да се утврди дали возраста, работниот стаж или социокултурните услови во кои живее/егзистира матичниот лекар влијаат на неговиот став за соодветноста на формуларот кој тој го пополнува за прием на детето во градинка, а кој сведочи за здравствената состојба на детето.
- Да се утврди дали предрасудите во убедувањето на матичниот лекар зависат од социокултурните услови во кои тој живее/егзистира, а се однесуваат на споделување информации (по претходна согласност со родителите) за дијагнозата F48 или за одредени медицински состојби (кои можат директно да влијаат на развојот на детето) со градинката каде што детето престојува.
- Да се утврди дали возраста и искуството во професија на матичниот лекар влијаат на неговиот став за возраста на која детето треба да се упати на дијагностичка опсервација за АСН.
- Да се направи компаративна анализа на резултатите добиени од истражувањето меѓу дефинираните експериментална и контролна група воспитувачи/негувателки од државните градинки.
- Да се направи компаративна анализа на резултатите добиени од истражувањето меѓу експерименталната и контролната група од делот родители кои ги користат услугите на државните градинки.
- Да се направи компаративна анализа на резултатите добиени од матичните лекари од Скопје и од внатрешноста на државата.
- Да се обезбеди увид во раните интервентни програми кои ги нудат центрите за рана стимулација на раст и развој.

4. Хипотези на истражувањето

Хипотезите произлегуваат од поставените цели и задачи на истражувањето и се однесуваат на следното:

X1. Се претпоставува дека возраста на давателите на услуги и искуството во професијата се асоцирани со нивото на стручни компетенции во прилог на детекција и соодветна поддршка на развојот на децата со АСН во инклузивни услови за експерименталната и контролната група.

X2. Се претпоставува дека возраста и искуството во професијата не влијаат на ставот на воспитувачите и негувателките за потребата за формално и неформално стручно усовршување за детекција и работа со деца со АСН во инклузивни услови во градинките за експерименталната и контролната група.

X3. Се претпоставува дека давателите на услуги во градинките поради лимитираните стручни компетенции за детекција и за соодветен одговор на потребите на децата со АСН покажуваат пониско ниво на инклузивна сензитивност за работа со деца со АСН за експерименталната и контролната група.

X4. Се претпоставува дека возраста, образовниот статус на родителите и вкупниот број на деца во семејството се фактори за детекција на АСН за експерименталната и контролната група.

X5. Се претпоставува дека постојат разлики во ставот на родителите за статусот на професијата воспитувач кои се детерминирани од социокултурните услови во кои живее/егзистира семејството во рамки на експерименталната група (прашалници на македонски, во однос на прашалници на албански јазик).

X6. Се претпоставува дека возраста на матичните лекари е асоцирана со дијагностичката претпоставка за АСН за експерименталната и контролната група.

X7. Стручните компетенции на матичните лекари поврзани со основано сомнение кое оди во прилог на рана дијагностика зависат од работното искуство на матичниот лекар, но не и знаењата за терминот **рана интервенција**, како и ефектите од истата кои не зависат од работното искуство на матичните лекари за експерименталната и контролната група.

X8. Се претпоставува дека евентуално присутните предрасуди во убедувањето се резултат на социокултурните услови во кои живее/егзистира матичниот лекар.

X9. Се претпоставува дека центрите за рана стимулација на раст и развој нудат лимитирани услуги во делот на рана интервенција кај АСН.

5. Варијабли на истражувањето

5.1. Зависни варијабли:

Ставовите и мислењата на воспитувачите/негувателките за АСН (препознавање и соодветен одговор на потребите на дете со АСН во инклузивни услови), за тоа што е рана интервенција кај АСН, кои се ефектите од раната интервенција. Ставовите за потребата за стручно усовршување на профилот со цел соодветен одговор на потребите

на децата со АСН. Формите на соработка со родителите, вклучително и со родителите на дете со АСН. Учеството во планирањето и реализацијата на развојната програма наменета за дете со АСН. Ставот за соработката на воспитувачите/негувателките со надворешните даватели на услуги наменети за дете со АСН. Родителскиот став за прашањето за аутизам, за однесувањето кое најдобро ја опишува состојбата, да или не за инклузијата. Родителскиот став за раната интервенција и ефектите од раната интервенција кај АСН. Родителските познавања за развојните текови од 0 до 6 години, родителскиот став за тоа кој треба да спроведува развојна програма кај дете со АСН. Стручните компетенции на матичните лекари во прилог на дијагностичка претпоставка на АСН, познавањата на матичните лекари на дијагностичките скали за проценка на АСН. Ставот на матичните лекари за раната интервенција и ефектите од раната интервенција кај АСН. Ставот на матичните лекари поврзан со пријавата за упис во градинка, ставот на матичните лекари за тоа кој треба прв да забележи развојна недоследност. Ставот на матичните лекари за тоа дали и во кои услови треба да се сподели дијагнозата АСН со персоналот во градинката. Лимитираната рана детекција, но и дијагностика, ограничената понуда на рани интервентни програми.

5.2. Независни варијабли:

Град, општина, возраст, работно искуство, стручни компетенции во прилог на рана детекција на АСН, возраст на родителите, образовен статус на родителите, број на деца во семејството, социокултурни услови (со потесна определба етникум), возраст на матичните лекари, работното искуство на матичните лекари, социокултурната средина во која живее/егзистира и работи матичниот лекар, материјалните и човечките ресурси на центарот за рана стимулација на раст и развој.

6. Методи, техники, инструменти

Методи: компаративна анализа, метод на корелација, квантитативен метод, квалитативен метод, дескриптивен метод.

Истражувачка техника: анкетање, интервју.

Инструменти за проценка се следните прашалници (на македонски и албански јазик):

- Прашалник наменет за родители (19 прашања).
- Прашалник наменет за воспитувачи и негуватели (21 прашање).
- Прашалник наменет за матични лекари (18 прашања).

- Листа за проверка, т.е. чек-листа на рани интервентни програми наменета за приватните центри за рана стимулација на раст и развој.

Прашалниците наменети за потребите на истражувањето беа достапни во електронска форма за што се користеше *Гугл формс (Google forms)*.

7. Популација и примерок

Во согласност со добиените податоци, а по поднесено барање до ресорното Министерство за труд и социјална политика, врз основа на што се направени и анализите за вкупниот број на партиципиенти во истражувањето, вкупниот број на деца кои се едуцираат и се згрижуваат во државните градинки изнесува 33 331 дете.

Во вкупно 64 општини има 75 градинки, од кои 21 градинка во руралните средини, со запишани 1 769 деца и 54 градинки во градските средини, со запишани 31 562 деца.

Изразено статистички, 33 % од вкупниот број на деца од предучилишна возраст ги користат услугите на предучилишните установи ширум државата.

Вкупниот број на воспитувачи изнесува 1 407 воспитувачи (табела бр. 1).

Табела бр. 1: Градинки, број на деца, персонал, средина

Градинки	Број	Деца	Персонал		Средина	
			Воспитувачи	Негуватели	Градска	Рурална
Државни	75	33 331	1 407	2 167	54	21
Приватни	36	1 353	114	92	35	1
Вкупно	111	34 684	1 521	2 259	89	22

Во истражувањето се вклучија 987 даватели на услуги во државните градинки од кои 465 од профил воспитувачи и 522 од профил негувателки (табела бр. 2).

Во истражувањето учествуваа 3 442 родители кои ги користат услугите на државните градинки, избрани случајно (табела бр. 3).

Табела бр. 2: Општини со број на воспитувачи и негуватели и процент (%) на нивно вклучување во истражувањето

	Евиденција МТСП			Вклучени во истражувањето			Вклучени во истражувањето %		
	В	Н	Вк	В	Н	Вк.	В %	Н %	Вк. %
АЕРОДРОМ	99	155	254	65	90	155	66 %	58 %	61 %
БЕРОВО	19	15	34	6	6	12	32 %	40 %	35 %
БИТОЛА	68	90	158	59	53	112	87 %	59 %	71 %
БОГДАНЦИ	9	11	20	0	5	5	0 %	45 %	25 %
БУТЕЛ	40	53	93	23	25	48	58 %	47 %	52 %
ВАЛАНДОВО	10	21	31	2	0	2	20 %	0 %	6 %
ВЕЛЕС	37	70	107	20	31	51	54 %	44 %	48 %
ВИНИЦА	13	26	39	6	14	20	46 %	54 %	51 %
ГАЗИ БАБА	62	100	162	21	31	52	34 %	31 %	32 %
ГЕВГЕЛИЈА	33	53	86	1	6	7	3 %	11 %	8 %
ГОСТИВАР	37	36	73	26	22	48	70 %	61 %	66 %
ДЕБАР	18	20	38	11	9	20	61 %	45 %	53 %
ДЕЛЧЕВО	11	29	40	10	23	33	91 %	79 %	83 %
Д. КАПИЈА	6	13	19	4	10	14	67 %	77 %	74 %
ДОЈРАН	2	2	4	1	2	3	50 %	100 %	75 %
Ѓ. ПЕТРОВ	23	59	82	27	58	85	117 %	98 %	104 %
ИЛИНДЕН	19	23	42	10	12	22	53 %	52 %	52 %
КАВАДАРЦИ	45	81	126	0	4	4	0 %	5 %	3 %
КАРПОШ	139	177	316	28	28	56	20 %	16 %	18 %
КИСЕЛА ВОДА	81	124	205	11	7	18	14 %	6 %	9 %
КИЧЕВО	13	24	37	5	5	10	38 %	21 %	27 %
КОЧАНИ	29	47	76	9	5	14	31 %	11 %	18 %
КРАТОВО	6	8	14	6	7	13	100 %	88 %	93 %
М. КАМЕНИЦА	8	13	21	9	1	10	113 %	8 %	48 %
М. БРОД	3	6	9	5	3	8	167 %	50 %	89 %
ОХРИД	41	53	94	21	11	32	51 %	21 %	34 %
ПЕХЧЕВО	7	10	17	8	9	17	114 %	90 %	100 %
ПРОБИШТИП	14	24	38	1	2	3	7 %	8 %	8 %
РАДОВИШ	28	24	52	18	16	34	64 %	67 %	65 %
РЕСЕН	11	13	24	10	7	17	91 %	54 %	71 %
СВ. НИКОЛЕ	15	27	42	3	8	11	20 %	30 %	26 %
СТРУГА	19	35	54	26	19	45	137 %	54 %	83 %
СТРУМИЦА	47	49	96	6	5	11	13 %	10 %	11 %
ТЕТОВО	49	71	120	1	1	2	2 %	1 %	2 %
ЦЕНТАР	84	141	225	42	60	102	50 %	43 %	45 %
ЧАИР	76	80	156	29	17	46	38 %	21 %	29 %
Вкупно	1 521	2 236	3 757	530	612	1142	35 %	27 %	30 %

Табела бр. 3: Родители вклучени во истражувањето по општини

Број на деца во државни градинки распоредени по општини		Родители кои го пополниле прашалникот	Родители вклучени во истражувањето изразено во %
АЕРОДРОМ	2 463	829	34 %
БЕРОВО	250	6	2 %
БИТОЛА	1 542	357	23 %
БУТЕЛ	1 021	98	10 %
ВЕЛЕС	1 200	121	10 %
ВИНИЦА	326	37	11 %
ГАЗИ БАБА	1 612	355	22 %
ГЕВГЕЛИЈА	741	4	1 %
ГОСТИВАР	698	345	49 %
ДЕБАР	295	18	6 %
ДЕЛЧЕВО	316	167	53 %
ДЕМИР КАПИЈА	104	20	19 %
ДЕМИР ХИСАР	118	1	1 %
ДОЈРАН	46	13	28 %
ЃОРЧЕ ПЕТРОВ	841	433	51 %
ИЛИНДЕН	447	19	4 %
КАРПОШ	2 302	322	14 %
КИСЕЛА ВОДА	1 850	47	3 %
КИЧЕВО	406	34	8 %
КОЧАНИ	624	31	5 %
КРАТОВО	143	48	34 %
МАКЕДОНСКИ БРОД	83	21	25 %
ОХРИД	894	83	9 %
ПЕХЧЕВО	95	13	14 %
РАДОВИШ	499	61	12 %
РЕСЕН	204	65	32 %
САРАЈ	141	7	5 %
СВЕТИ НИКОЛЕ	387	9	2 %
СТРУГА	548	46	8 %
СТРУМИЦА	778	194	25 %
ТЕТОВО	821	11	1 %
ЦЕНТАР	2 148	252	12 %
ЧАИР	1 298	182	14 %
ШУТО ОРИЗАРИ	88	19	22 %
Вкупно	33 331	4 271	13 %

Во истражувањето се вклучија 75 матични лекари кои работат со педијатриски пациенти ширум државата, иако во базата на ФЗО, како дел од примарната заштита во рамки на Шифрарникот на лекари, се регистрирани 1 557 матични лекари.

Во рамки на истражувањето се опфатени 10 приватни центри за рана стимулација на раст и развој, од кои 6 во градот Скопје и по 1 во Велес, Тетово, Охрид, Прилеп. За истите се користеше изготвена чек-листа која содржи рани интервентни програми.

Контролна група испитаници

Контролна група во истражувањето се воспитно-згрижувачкиот кадар од општина Аеродром со вкупен број од 155 испитаници, од кои 65 воспитувачи и 90 негувателки.

Направениот избор на контролната група првично се должеше на податоците на Државниот завод за статистика од 2018 година, според кој во оваа општина градинките располагаат со проектиран капацитет за околу 2 000 деца, наспроти 335 вработени кои се директно вклучени во воспитно-згрижувачкиот процес.

Добиените податоци од МТСП, со датум март 2022 година, се поразлични од оние на Државниот завод за статистика и истите укажуваат на 261 давател на услуги во градинките во општина Аеродром, од кои 97 се воспитувачи, а 154 се негувателки. Во моментот 2 463 деца ги користат услугите во двете градинки на ниво на општина Аеродром.

Контролна група родители се 829 родители кои користат услуги во градинките во општина Аеродром.

Контролна група матични лекари се 48 лекари кои ја вршат својата дејност на територијата на град Скопје.

8. Статистичка обработка на податоците

Добиените податоци од спроведеното истражување се организирани според категории во рамки на кои е обезбедено групирање на податоците соодветно на иницијалниот концепт и нивно табеларно претставување. Презентираните резултати се изразени преку табели и графикони. За статистичка обработка на податоците е користен статистичкиот софтвер *СПСС (SPSS)* преку кој е обезбедена компаративна анализа на добиените резултати за фреквенциите, изразени во проценти, но и увид во средната вредност, стандардната девијација и варијансата, како дел од дескриптивната статистика. За анализите е користен Персон Хи квадрат тестот, Likelihood Ratio, Linear-

by-Linear асоцијацијата. За статистички значајна разлика ќе се смета вредност на $p < 0,05$.

9. Организација и тек на истражувањето

Организацијата на истражувањето беше комплексна и детерминирана од насоките кои секоја од државните градинки ги добива од општината.

Имено, еден дел од прашалниците беа спроведени во рамки на организираниите обуки на Коучинг-Н на тема: „Подобрување на стручните компетенции за работа со деца со попреченост и нивните родители – ресурси и активности за зголемување на учеството и поддршката за учење во согласност со инклузивната култура, политиката и практиката“, на која како креатор и реализатор е запишана Нада Дупјачанец-Николовска, постдипломка на Институтот за специјална едукација и рехабилитација.

Учесниците кои ги следеа обуките од далечина заедно со пристапниот линк за обуката, која беше спроведувана на платформата Зум (Zoom), добиваа и пристапен линк за пополнување на прашалникот, вклучително и прашалникот наменет за родители.

Учеството во истражувањето беше на принцип на доброволност, т.е. истото не беше обигаторно, ниту на кој било начин обврзувачко или условено. Истото се засноваше на личниот интерес на испитаникот за учество во истражувањето.

Начинот на трансфер на електронскиот прашалникот се одвиваше по принцип: стручни служби – даватели на услуги – родители, а за таа цел беа користени електронски платформи по сопствена проценка на вклучените во истражувањето.

Во согласност со добиените податоци од регистарот на градинки на Министерството за труд и социјална политика, до секоја од градинките во електронска форма беше доставена информација за истражувањето кое беше во тек и се спроведуваше, со пристапни линкови за пополнување на електронските прашалници, но и со сета потребна документација во прилог. Во приложената документација беше и решението во кое стои одобрението од Деканатот на Филозофскиот факултет при УКИМ за спроведување на истражувањето. Електронски дописи беа испратени повеќепати во периодот наменет за спроведување на прашалникот.

Во најголем дел од градинките каде што беше неможно да се пристапи физички поради оддалеченост или регулативи (вклучително и оние поврзани со важечките протоколи за КОВИД-19), контактот беше остварен и телефонски.

За еден дел од општините беше потребно да се достави барање до општината на кое општината одговара во согласност со утврдените законски рокови. Одговорот на општинските служби може да содржи согласност за спроведување на истражувањето или истото да го одбие, доколку Секторот за труд и социјална политика на општината направи проценка дека општината нема интерес да учествува во истражувањето. На ваков начин е добиена согласност за спроведување на прашалникот во општините Центар, Бутел и Чаир. Без одговор и неможност за спроведување на прашалникот останаа градинките во општините: Куманово, Тетово, Прилеп, а кои беа предмет на истражувачки интерес.

Електронскиот прашалник за матичните лекари беше спроведен со големи тешкотии, и тоа од повеќе причини. Најверојатно, круцијалната се однесува на преангажираноста на матичните лекари со пациенти заболени од КОВИД-19 и отсуството на време, но и на енергија за пополнување на прашалникот. Втората тешкотија во спроведувањето на прашалникот се должи на електронската форма на прашалникот, па пополнувањето беше проблем за повозрасната популација матични лекари. Секако, реална беше и окупираноста на матичните лекари со мноштвото документи кои тие ги добиваа на дневно ниво, вклучувајќи ги и КОВИД-19 резултатите, но тука беше и обврската за испраќање дневни статистики до соодветните институции. Еден дел од матичните лекари не беа стимулирани за учество во истражувањето поради отсуството на лична бенефиција од дадениот придонес во конечните резултати.

Во проследувањето на прашалникот свој придонес дадоа матичните лекари кои се дел од групата „Доктори по медицина“, здружение на лекари по семејна медицина каде што во рамките на организираните обуки за лекари по семејна медицина беше проследен и прашалникот наменет за оваа категорија, личните контакти на истражувачот, но и Комората на фармацевти.

Дополнителен период за прибирање на податоците не беше потребен, затоа што по завршувањето на прашалникот, т.е. по неговото пополнување и притискање на копчето ЗАВРШИ податоците, т.е. резултатите се генерираа на корисничката сметка на креаторот на електронскиот прашалник.

Прашалникот наменет за центрите за рана стимулација на раст и развој беше спроведен во лимитиран број, преку интервјуирање на вработените кои спроведуваат третман, по претходно договорен термин за средба.

IV. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

1. Демографска анализа

Прашалник наменет за воспитувачи и негувателки

➤ *Полова припадност (воспитувачи и негувателки)*

Бидејќи станува збор за професија со која доминантно се занимава женскиот дел од популацијата, сосема очекувано е од вкупниот број испитаници 99 % да се жени, а само 1 % мажи, и тоа од примерокот воспитувачи од кои 5 испитаници се во рамки на експерименталната група и 1 испитаник во рамки на контролната група испитаници. Од тука следува заклучокот дека експерименталната и контролната група се идентични во поглед на застапеноста на полот во двете групи (слика бр. 1).



Слика бр. 1: Полова припадност на воспитувачите/негувателките

➤ *Возраст (воспитувачи и негувателки)*

Во делот на возраста на воспитувачите и негувателките од двете групи, резултатите за категоријата до 25 години се: 2 % за експерименталната и без партиципенти во контролната група, 19 % на возраст од 26 до 36 години во експерименталната, наспроти 8 % во контролната група. На возраст од 36 до 45 години се 48 % испитаници од експерименталната, наспроти 39 % испитаници од контролната група. Во категоријата возраст од 46 до 55 години се 22 % испитаници од експерименталната група и 41 %

испитаници од контролната група. На возраст над 55 години се 10 % испитаници од експерименталната и 12 % од контролната група (слика бр. 2).



Слика бр. 2: Возраст на воспитувачите/негувателките (вредности изразени во проценти)

Во понатамошниот тек на истражувањето хетерогеноста на експерименталната и контролната група ќе се користи како фактор на влијание за разликите кои ќе се јават во експерименталната и контролната група, а се однесуваат на асоцијација на возраста на испитаниците со одреден став или мислење.

➤ **Град (општина) – воспитувачи и негувателки**

Она што не останува незабележано, а за што во прилог служат информациите од табелата бр. 2, креирана во согласност со податоците добиени од Министерството за труд и социјална политика, се однесува на поголем број партиципиенти воспитувачи (негувателки) во истражувањето, во однос на бројот на истите забележан во табелата бр. 2. Евидентираниите разлики се должат на извесен број даватели на услуги во градинките (воспитувачи и негувателки) кои сè уште немаат регулиран работен однос, т.е. времено се ангажирани и се покриваат од буџетите на општините, сè до добивање на очекуваната согласност за вработување од Министерството за финансии.

Најголема фреквенција на податоци доаѓа од општината Ѓорче Петров, по што следуваат: Пехчево, Македонски Брод и Струга.

Прашалници за родителите кои ги користат услугите на градинките

Од вкупниот примерок на родители 92 % се жени, а 8 % се мажи. Во рамките на експерименталната група 93 % се жени, наспроти 89 % во контролната група и 7 % мажи во експерименталната, наспроти 11 % мажи во контролната група испитаници (табела бр. 4).

Табела бр. 4: Полова припадност на родителите кои го пополниле прашалникот

Наведете ја вашата полова припадност.	Група на македонски јазик	Група на албански јазик	Експериментална група	Контролна група	Вкупно испитаници	Вкупно испитаници %
Машки.	248	6	254	91	345	8
Женски.	2 825	364	3 189	737	3 926	92

На возраст до 20 години нема испитаници од експерименталната, наспроти 1 % од контролната група. На возраст од 21 до 30 години се 23 % од испитаниците од експерименталната, наспроти 11 % од контролната група. 67 % испитаници од експерименталната и 76 % испитаници од контролната група се на возраст од 31 до 40 години. На возраст од 41 до 50 години се 9 % од испитаниците од експерименталната, наспроти 11 % од контролната група. На возраст над 50 години се 0 % од испитаниците од експерименталната, наспроти 1 % од контролната група. Евентуалните разлики кои ќе се јават меѓу експерименталната и контролната група, а се во корелација со возраста ќе се однесуваат на категориите од 21 до 30 години и од 31 до 40 години (табела бр.5).

Табела бр. 5: Возраст на родителите кои ги користат услугите на државните градинки

Наведете ја вашата возраст.*	Група на македонски јазик	Група на албански јазик	Експериментална група	Контролна група	Вкупно испитаници	Вкупно испитаници %
До 20 години.	8	0	8	5	13	0
Од 21 до 30 год.	688	114	802	93	895	21
Од 31 до 40 год.	2 104	220	2 324	629	2 953	69
Од 41 до 50 год.	263	31	294	95	389	9
Над 50 години.	10	5	15	6	21	0

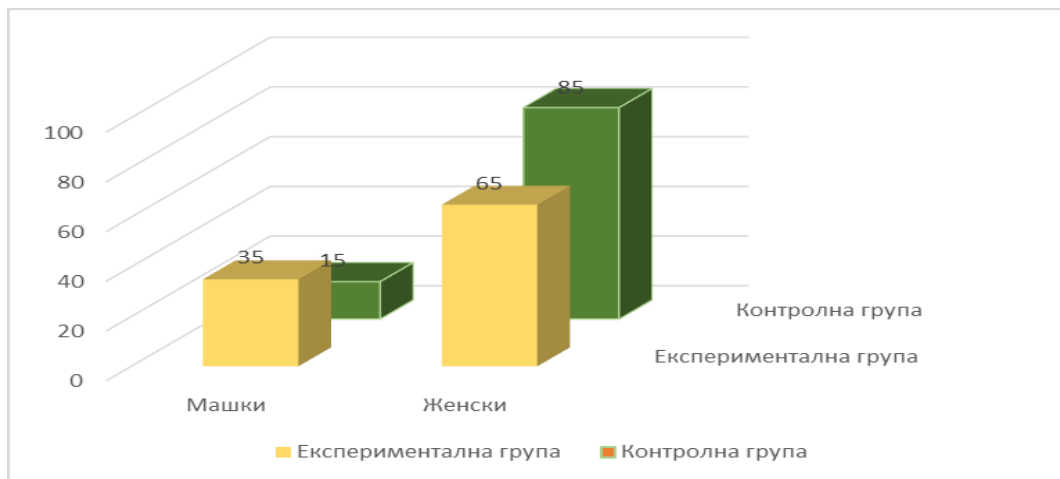
➤ **Град (општина) – родители кои ги користат услугите на државните градинки**

Најголема фреквенција на одговорени прашалници од родителите има во градот Делчево – 53 %, општина Ѓорче Петров – 51 %, Гостивар – 49 %, по што следува

општина Аеродром со фреквенција од 34 %. Податоците за учеството на родителите во истражувањето по општини се содржани во табелата бр. 3.

Прашалници наменети за матичните лекари

Сликата бр. 3 содржи приказ на половата застапеност на матичните лекари во секоја од групите. И покрај присутните разлики во половата застапеност, истата нема да се смета за фактор за произнесен став, мислење или знаење зашто тоа оди во прилог на стереотипизација. Напротив, евентуалните присутни предрасуди во убедувањето ќе се разгледуваат од позиција на социокултурната средина (со потесна определба етникум) во која живее/егзистира матичниот лекар.



Слика бр. 3: Полова припадност на матичните лекари (вредности изразени во проценти)

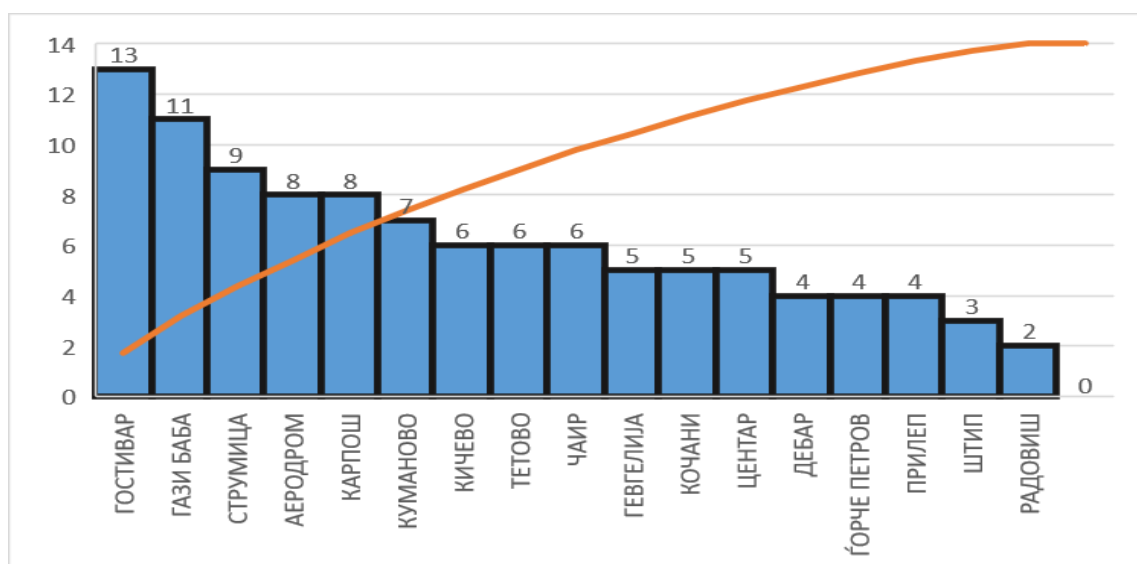
Броевите претставени во табелата бр. 6 даваат процентуален приказ на возраста на матичните лекари во експерименталната и контролната група. Во три возрасни категории процентите се блиски, но не и во категоријата од 46 до 55 години и возрасната категорија над 65 години, која е застапена со 3 испитаници во контролната, наспроти 1 испитаник во експерименталната група.

Во натамошното истражување сите евентуални разлики кои ќе се јават за возрасната категорија од 56 до 65 години, експерименталната во однос на контролната група, а се во корелација со возраста, ќе се препишат на неусогласеноста на двете групи за оваа возрасна категорија.

Табела бр. 6: Возраст на матичните лекари вклучени во истражувањето

Возраст	Експер. група	Експер. група %	Контролна група	Контролна група %	Вкупно	Вкупно %
До 25 години.	0	0	2	4,2	2	1,6
Од 26 до 35 год.	25	33,3	16	33,3	41	33,3
Од 36 до 45 год.	23	30,7	16	33,3	39	31,7
Од 46 до 55 год.	17	22,7	6	12,5	23	18,7
Од 56 до 65 год.	9	12,0	5	10,4	14	11,4
Над 65 години.	1	1,3	3	6,3	4	3,3

➤ Град (општина) – матични лекари



Слика бр. 4: Број на матични лекари по општини (изразени во апсолутни броеви)

Во делот на презентирани фреквенции по градови, т.е. општини, Гостивар е со фреквенција од 10,3 % или 13 испитаници, Гази Баба со 9 % или 11 испитаници, Струмица со фреквенција од 7,3 % или 9 испитаници, Аеродром со 6,5 % или 8 испитаници (слика бр. 4).

2. Анализа на резултатите за категоријата воспитувачи/негувателки

Анализите кои се однесуваат на вкупниот примерок од категоријата воспитувачи/негувателки имаат за цел да утврдат дали возраста, искуството во професијата и стручните компетенции се асоцирани со изнесените ставови за одредени прашања.

- Да се утврди влијанието на работното искуство во професијата врз стручните компетенции на воспитувачите/негувателките во прилог на рана детекција на АСН.

Резултатите во табелата бр. 7 укажуваат на асоцијација на работното искуство во професијата со стручните компетенции во прилог на рана детекција на АСН.

Табела бр. 7: Асоцијација на работното искуство на воспитувачите/негувателките со компетенциите во прилог на детекција на АСН

	Вредност	df	p
Pearson X ² тест	19.463 ^a	12	0.078
Големина на примерок (N)	1 142		

Резултатот, пак, од асоцијацијата на практичното искуство со стручните компетенции на воспитувачите/негувателките (во прилог на детекција на АСН) укажува на асоцираност на двете варијабли. Вредноста на Персон Хи квадрат тестот е 72.444, а сигнификантноста е $p < 0,001$ (табела бр. 8).

Табела бр. 8: Асоцијација на компетенциите за детекција на АСН со претходното искуство со дете со АСН

		а. Да.	б. Не.	в. Не знам.
а. Недоволно.	Број	38	66	10
	%	33,3 %	57,9 %	8,8 %
б. Делумно.	Број	291	197	19
	%	57,4 %	38,9 %	3,7 %
в. Доволно.	Број	337	122	13 _b
	%	71,4 %	25,8 %	2,8 %
г. Многу.	Број	40	9	0
	%	81,6 %	18,4 %	0,0 %
Вкупно	Број	706	394	42
	%	61,8 %	34,5 %	3,7 %
		Вредност	df	p
Pearson X ² тест		72.444	6	$p < 0,001$

▪ Да се утврди влијанието на работното искуство во професијата во поседувањето соодветни стручни компетенции во прилог на соодветен одговор на потребите за развој на дете со АСН во инклузивни услови во градинката.

Добиените резултати посочуваат дека работното искуство не е асоцирано со стручните компетенции на воспитувачите/негувателките соодветно да одговорат на потребите за развој на дете со АСН во инклузивни услови во градинка (табела бр. 9).

Табела бр. 9: Компетенциите за одговор на потребите за развој на дете со АСН во инклузивни услови и работното искуство на воспитувачите/негувателките

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	14.440	12	0.273
Големина на примерок (N)	1 142		

Анализата за влијанието на работното искуство врз презентираниот став за учество во планирањето и реализацијата на развојната програма наменета за дете со АСН укажува на отсуство на асоцијација на двете варијабли. Вредноста на Likelihood Ratio е 20 774, што одговара на $p = 0,054$ (табела бр.10).

Табела бр. 10: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и нивото и формата на учество во планирањето и реализацијата на развојната програма за дете со АСН

17. Дали сметате дека воспитувачот/негувателот треба да е директно вклучен во планирањето и реализацијата на развојната програма за дете со АСН?		а. Да, задолжително.	
5. Работно искуство во професијата:	а. Помалку од 5 години.	147	38,4 %
	б. 5 – 10 години.	105	35,5 %
	в. 11 – 15 години.	70	41,4 %
	г. 15 – 20 години.	36	39,6 %
	д. Повеќе од 20 години.	65	32,0 %
	Вкупно	423	37,0 %
Likelihood Ratio	Вредност	df	p
	20.774	12	0.054

Стручните компетенции во прилог на соодветен одговор на потребите за развој на дете со АСН влијаат на ставот на воспитувачот/негувателката за учество во планирањето и спроведувањето на развојна програма наменета за дете со АСН во рамки на инклузијата. Вредноста на Cramer's $V = 0,115$, што одговара на $p < 0,001$. Ова е прикажано во табелата бр. 11.

Табела бр. 11: Стручните компетенции за работа со дете со аутизам (воспитувачи/негувателки) и нивото на вклученост во планирањето и реализацијата на развојна програма за дете со аутизам

		а.	б.	в.	г.	Вк.
а. Недоволно.	Вредност	145	49	98	119	411
	%	35,3 %	11,9 %	23,8 %	29,0 %	100
б. Делумно.	Вредност	180	101	90	173	544
	%	33,1 %	18,6 %	16,5 %	31,8 %	100
в. Доволно.	Вредност	89	30	20	35	174
	%	51,1 %	17,2 %	11,5 %	20,1 %	100
г. Многу.	Вредност	9	1	3	0	13
	%	69,2 %	7,7 %	23,1 %	0,0 %	100
Вкупно	Вредност	423	181	211	327	1 142
	%	37,0 %	15,8 %	18,5 %	28,6 %	100
Cramer's V		Вредност		p		
		0,115		p < 0,001		

Легенда за табела бр. 11: а. да, задолжително; б. само во реализацијата, но не и во планирањето на активностите; в. ниту во реализацијата ниту во планирањето, тоа треба да е задача на другите стручни профили вработени во градинката; г. да е поддршка на реализацијата на развојната програма, но директно да не учествува во реализација на истата.

▪ Да се утврди дали возраста на воспитувачите/негувателките влијае врз нивниот став за неопходно и континуирано стручно усовршување во прилог на детекција, но и работа со деца со АСН во градинките.

Резултатите укажуваат на отсуство на асоцираност на возраста на воспитувачите/негувателките со презентираниот став на категоријата за неопходност од едукации во прилог на препознавање на симптомите и работа со деца со АСН (табела бр. 12).

Табела бр. 12: Возраст на воспитувачите/негувателките и потребата од едукации во прилог на компетенции за детекција и работа со дете со АСН

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	0.542	4	0.969
Големина на примерок (N)	1 142		

Анализата на поврзаност на возраста на воспитувачите/негувателките со ставот за задолжителното воведување на наставниот предмет *Методика на работа со деца со аутизам и слични состојби*, како дел од курикулумите на педагошките факултети, даде резултати кои не укажуваат на асоцираност на двете варијабли (табела бр. 13).

Табела бр. 13: Возраст на воспитувачите/негувателките и потребата од изучување на наставниот предмет Методика на работа со деца со аутизам

Тестови на корелации	Вредност	p
Phi	0.122	0.151
Cramer's V	0.070	0.151
Големина на примерок (N)	1 142	

▪ Да се утврди дали возраста и искуството во професијата на давателите на услуги во градинките се поврзани со нивното знаење за раните интервентни програми кај АСН и ефектите од истите.

Направената анализа за влијанието на возраста на воспитувачите/негувателките врз нивните знаења за раните интервентни програми кај АСН укажува на статистички значајни разлики во презентираниот резултат прикажан во табелата бр. 14. Истиот оди во прилог на отфрлање на поврзаноста на возраста на испитаниците со нивните знаења за возраста од која почнува раната интервенција кај АСН поради вредноста на Персон χ^2 од 20.494, што одговара на сигнификантност $p = 0,058$.

Табела бр. 14: Возраст на воспитувачите/негувателките и знаење за возраста од која почнува раната интервенција кај АСН

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	20.494	12	0.058
Големина на примерок (N)	1 142		

Возраста на воспитувачите/негувателките не влијае врз нивниот став за ефектите од раната интервентна програма кај АСН. Ова е прикажано во табелата бр. 15.

Табела бр. 15: Возраст на воспитувачите/негувателките и ефектите од раната интервенција кај аутизам

Тестови на корелации	Вредност	p
Phi	0.098	0.536
Cramer's V	0.056	0.536
Големина на примерок (N)	1 142	

Искуството во професијата на воспитувачите/негувателките не влијае врз нивното знаење за раните интервентни програми кај АСН (табела бр. 16).

Табела бр. 16: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и знаењето за возраста од која почнува раната интервенција кај аутизам

	Вредност	df	p
Pearson X ² тест	15.369 ^a	12	0.222
Големина на примерок (N)	1 142		

Затоа, пак, постои статистички значајна асоцијација на работното искуство во професијата со презентираниот став за ефектите од раните интервентни програми наменети за АСН со Персон X² = 22.689, т.е. p = 0,030 (табела бр. 17).

Табела бр.17: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и ставот за ефектите од раната интервенција кај АСН

	Вредност	df	p
Pearson X ² тест	22.689	12	0.030
Големина на примерок (N)	1 142		

▪ Да се утврди дали возраста на воспитувачите/негувателките влијае врз нивниот став за формата и воопшто на подготвеноста за учество и соработка со давателите на услуги кои спроведуваат рани интервентни програми кои се наменети за дете со АСН надвор од градинката, сè со цел да се обезбеди холистички пристап во рамки на индивидуалното насочено планирање.

Резултатите запишани во табелата бр. 18 укажуваат на отсуство на статистички значајна асоцијација на двете варијабли.

Табела бр. 18: Возраст на воспитувачите/негувателките и учеството во тимот кој спроведува рана интервенција кај дете со АСН надвор од градинката

	Вредност	df	p
Pearson X ² тест	6.569 ^a	8	0.584
Големина на примерок (N)	1 142		

▪ Да се утврди влијанието на возраста и искуството во професијата за категоријата воспитувачи/негувателки врз формата на соработка која ја иницираат со родителите не само на детето со АСН туку и со сите останати родители.

Направената анализа укажува на влијание на возраста на воспитувачите/негувателките врз ставот за тоа дали родителите со воспитувачите/негувателките треба ја споделат дијагнозата АСН на своето дете, но и нивото на соработка кое го остваруваат со родителите воопшто (табела бр. 19 и 20).

Табела бр. 19: Возраст на воспитувачите/негувателките и дали родителите треба да ја споделат дијагнозата АСН кај своето дете со воспитувачите/негувателките

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	36.752 ^a	20	0.013
Големина на примерок (N)	1 142		

Табела бр. 20: Возраст на воспитувачите/негувателките и нивото на соработка со родителите на дете со аутизам

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	28.552 ^a	12	0.005
Големина на примерок (N)	1 142		

Работното искуство на воспитувачите/негувателките не влијае врз ставот на категоријата за соработката која ја остваруваат со родителите, како и на ставот за тоа дали родителите треба да ја споделат АСН поставена кај своето дете (табела бр. 21 и 22).

Табела бр. 21: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и дали родителите треба да ја споделат дијагнозата АСН кај своето дете

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	17.977 ^a	20	0.589
Големина на примерок (N)	1 142		

Табела бр. 22: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и нивото на соработка со родителите на дете со аутизам

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	14.172 ^a	12	0.290
Големина на примерок (N)	1 142		

▪ Да се утврди дали возраста, искуството во професијата и стручните компетенции на давателите на услуги во градинките влијаат врз нивната подготвеност да препознаат развојно отстапување и за истото да ги информираат родителите.

Возраста и работното искуство на воспитувачите/негувателките не се поврзани со изнесенiot став за споделување информација за развојна недоследност со родителите (табела бр. 23 и 24).

Табела бр. 23: Возраст на воспитувачите/негувателките и подготвеност да споделат информација со родителите за констатирано развојно отстапување

	Вредност	p
Phi	0.132	0.072
Cramer's V	0.076	0.072
Големина на примерок (N)	1 142	

Табела бр. 24: Работно искуство на воспитувачите/негувателките и подготвеност да споделат информација со родителите за констатирано развојно отстапување

	вредност	df	p
Pearson X ² тест	11.244 ^a	12	0.508
Големина на примерок (N)	1 142		

Стручните компетенции на воспитувачите/негувателките во прилог на детекција се асоцирани со нивната подготвеност да споделат информација со родителите за констатирано развојно отстапување. Вредноста на Персон X² е 19.315, што одговара на ниво на значајност $p = 0,023$ (табела бр. 25).

Табела бр. 25: Стручни компетенции за детекција на АСН и подготвеност на воспитувачите/негувателките да споделат информација со родителите за констатирано развојно отстапување

		а.	б.	в.	г.	Вкупно
а. Недоволно.	број	74 _{a, b}	15 _b	16 _{a, b}	9	114
	%	64,9 %	13,2 %	14,0 %	7,9 %	100,0 %
б. Делумно.	Број	340 _a	98 _a	52 _a	17 _a	507
	%	67,1 %	19,3 %	10,3 %	3,4 %	100,0 %
в. Доволно.	Број	298 _a	89 _a	70 _a	15 _a	472
	%	63,1 %	18,9 %	14,8 %	3,2 %	100,0 %
г. Многу.	Број	40 _a	5 _a	4 _a	0 _a	49
	%	81,6 %	10,2 %	8,2 %	0,0 %	100,0 %
Вкупно	Број	752	207	142	41	1 142
	%	65,8 %	18,1 %	12,4 %	3,6 %	100,0 %
		Вредност		df	p	
Pearson X ² тест		19.315		9	0.023	

Легенда за табела бр. 25: а. да, без исклучок, затоа што тоа е задача на секој воспитувач; б. не секогаш, затоа што родителите покажуваат незаинтересираност за развојот на детето; в. не, поради негативната реакција на родителите; г. никако, поради присутен страв од нивната можна реакција.

▪ Да се утврди дали отсуството или лимитираните стручни компетенции на воспитувачите/негувателките, во прилог на детекција и одговор на потребите за развој на детето со АСН, се фактор за дополнителни лимити кои се однесуваат на соработката со родителите, надворешните даватели на услуги во делот на рана интервенција на АСН.

Резултатот покажува дека од стручните компетенции на давателите на услуги, во прилог на детекција на аутизам, зависи подготвеноста на истите да се вклучат во раната интервентна програма која се спроведува надвор од градинката (табела бр. 26).

Табела бр. 26: Компетенции во прилог на детекција на АСН и вклученост на воспитувачот/негувателката во тимот кој спроведува рана интервенција

		а.	б.	в.	Вкупно
а. Недоволно.	Вредност	63	33	18	114
	%	11,5 %	7,3 %	13,0 %	10,0 %
б. Делумно.	Вредност	234	213	60	507
	%	42,6 %	46,8 %	43,5 %	44,4 %
в. Доволно.	Вредност	219	200	53	472
	%	39,9 %	44,0 %	38,4 %	41,3 %
г. Многу.	Вредност	33	9	7	49
	%	6,0 %	2,0 %	5,1 %	4,3 %
Вкупно	Вредност	549	455	138	1 142
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Pearson X ² тест	Вредност	17.906		df	p
				6	0.006

Легенда за табела бр. 26: а. да, затоа што е потребна координација и единство на делување за потребите за развојот на детето со аутизам; б. не, затоа што воспитувачот секако делува во согласност со своите можности во рамки на својата секојдневна работа со детето; в. не, затоа што тоа значи дополнителен ангажман за кој воспитувачот не добива финансиски надоместок.

Табела бр. 27: Компетенции во прилог на детекција на АСН и соработка со родителите

	вредност	df	p
Pearson X ² тест	20.935 ^a	9	0.013
Големина на примерок (N)	1 142		

Резултатот покажува асоцијација на стручните компетенции и нивото на презентираниот соработка со родителите (табела бр. 27).

Табела бр. 28: Компетенции во прилог на соодветен одговор на потребите на дете со АСН и ниво на соработка со родителите на дете со аутизам

	вредност	df	p
Pearson X ² тест	30.207 ^a	9	< 0.001
Големина на примерок (N)	1 142		

Резултатот посочува на асоцираност на стручните компетенции на воспитувачите/негувателките за работа со деца со АСН и презентираното ниво на соработка со родителите (табела бр. 28).

Табела бр. 29: Компетенции во прилог на соодветен одговор на потребите на дете со АСН и вклученост на воспитувачот/негователката во тимот кој спроведува рана интервенција

		а.	б.	в.	Вкупно
а. Недоволно.	Вредност	234	219	80	533
	%	42,6 %	48,1 %	58,0 %	46,7
б. Делумно.	Вредност	229	199	42	470
	%	41,7 %	43,7 %	30,4 %	41,2
в. Доволно.	Вредност	74	32	14	120
	%	13,5 %	7,0 %	10,1 %	10,5
г. Многу.	Вредност	12	5	2	19
	%	2,2 %	1,1 %	1,4 %	1,7 %
Вкупно	Вредност	549	455	138	1 142
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0
Pearson X ² тест	Вредност	df		p	
		22.211		P = 0,001	

Легенда за табела бр. 29: а. да, затоа што е потребна координација и единство на делување за потребите за развој на детето со аутизам; б. не, затоа што воспитувачот секако делува во согласност со своите можности во рамки на својата секојдневна работа со детето; в. не, затоа што тоа значи дополнителен ангажман за кој воспитувачот не добива финансиски надоместок.

Резултатите укажуваат на асоцијација на презентираните стручни компетенции на давателите на услуги и нивната вклученост во тимот кој спроведува рана интервенција надвор од градинката (табела бр. 29).

3. Анализа на резултатите за категоријата родители

Анализите на прашалникот за родители даваат увид во присуството или отсуството на асоцијација на возраста на родителите, бројот на деца во семејството, образовниот статус и етникумот со останатите варијабли од прашалникот.

- Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови влијаат врз нивните знаења за развојните текови во периодот од раѓање до 6 години.

Резултатите од вкупниот примерок на испитаници покажува отсуство на асоцијација на возраста, но значајна асоцијација на образовниот статус на родителите,

како и бројноста на деца во семејството со дистрибуцијата на презентираниите ставови за прашањето поврзано со родителските познавања за развојот во првите 6 години од животот на нивното дете (табела бр. 30).

Табела бр. 30: Образование, број на деца во семејството, возраст и познавање на развојните текови во периодот од 0 до 6 години

	вредн.	df	p	вредн.	df	p	вредн.	df	p
Pearson X ² тест	55.748 ^a	15	< 0.001	29.273 ^a	9	< 0.001	17.734 ^a	12	0.124
Големина на примерок (N)	4 271								

Табела бр. 31: Образование, број на деца во семејството, возраст и познавање на развојните текови во периодот од 0 до 6 години (албански примерок)

	вредн.	df	p	вредн.	df	p	вредн.	df	p
Pearson X ² тест	14.143	15	0.515	7.308	9	0.605	6.485	9	0.691
Големина на примерок (N)	370								

Табела бр. 32: Образование, број на деца во семејството, возраст и познавање на развојните текови во периодот од 0 до 6 години (македонски примерок)

	вредн.	df	p	вредн.	df	p	вредн.	df	p
Pearson X ² тест	49.594	15	< 0.001	25.764	9	0.002	21.998	12	0.038
Големина на примерок (N)	3 901								

Ниту образовниот статус ($p = 0,515$), ниту возраста на родителите ($p = 0,691$), ниту вкупниот број на деца во семејството ($p = 0,605$) укажуваат на статистички значајни разлики за овие независни варијабли врз знаењата на албанскиот примерок на родители за развојните текови во првите 6 години од животот на детето (табела бр. 31).

Возраста на родителите од македонскиот примерок, пак, укажува на асоцираност на возраста ($p = 0,038$), образовниот статус ($p < 0,001$), но и на вкупниот број на деца во семејството ($p = 0,002$) со познавањето на развојните текови во првите 6 години од животот на детето (табела бр. 32).

▪ Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови влијаат на нивните знаења за АСН.

Табела бр. 33: *Возраст – Што е аутизам?, Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?*

	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson X ² тест	44.682 ^a	20	0.001	84.903 ^a	32	< 0.001
Големина на примерок (N)	4 271					

Табела бр. 34: *Образовен статус – Што е аутизам?, Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?*

	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson X ² тест	253.972 ^a	25	< 0.001	273.623 ^a	40	< 0.001
Големина на примерок (N)	4 271					

Табела бр. 35: *Број на деца – Што е аутизам?, Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?*

	вредност	p
Phi	< 0.001	< 0.001
Cramer's V	< 0.001	< 0.001
Големина на примерок (N)	4 271	

Од табелите бр. 33, 34 и 35, кои се однесуваат на вкупниот примерок испитаници родители, може да се заклучи дека возраста, образовниот статус на родителите и вкупниот број на деца во семејството влијаат на дистрибуцијата на резултатите за прашањата: *Што е аутизам?* и *Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?*

Прашалниците наменети за родителите на македонски јазик покажуваат многу слични вредности во делот на асоцијација на возраста, образовниот статус и бројот на деца во семејството со дистрибуцијата на одговори во делот на споделените знаења за горепосочените прашања.

Резултатите кои доаѓаат од анализите на прашалниците наменети за родителите на албански јазик, т.е. за албанскиот примерок на родители, укажуваат на влијание на возраста врз презентираниот став за тоа кое однесување најдобро опишува дете со аутизам ($p = 0,042$), но не и на прашањето: *Што е аутизам?* ($p = 0,051$). Образовниот статус на албанскиот примерок родители е фактор на влијание на презентираниот став

на родителите по прашањата: *Што е аутизам?* ($p = 0,041$) и *Кое однесување најдобро опишува лице со аутизам?* ($p = 0,043$). Вкупниот број на деца во семејството не влијае на презентираниот став на албанскиот примерок родители за прашањата: *Што е аутизам?* ($p = 0,150$) и *Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?* ($p = 0,281$).

▪ Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови влијаат на нивните знаења за раните интервентни програми кај АСН и ефектите од истите.

Хи квадрат тестот покажува дека возраста на родителите и вкупниот број на деца во семејството не влијаат врз знаењето на родителите поврзано со раната интервенција, но дека образовниот статус на родителите е асоциран со дистрибуцијата на знаења за раните интервентни програми кај АСН (табела бр. 36).

Табела бр. 36: Возраст, образование, број на деца во семејството – рана интервенција кај АСН

	вредност	df	p	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	17.134 ^a	12	0.145	56.347 ^a	15	< 0.001	9.440 ^a	9	0.389
Големина на примерок (N)	4 271								

Вкупниот примерок на родители покажува дека возраста и образовниот статус на родителите се значајни за дистрибуцијата на знаењата за ефектите од раните интервентни програми, што не е случај со варијаблата број на деца во семејството. Македонскиот примерок испитаници укажува на еднакво значајни статистички асоцијации како и вкупниот примерок испитаници за сите независни варијабли (возраст, образование, број на деца во семејство) за прашањата за рана интервенција кај АСН и ефектите од раната интервенција кај АСН (табела бр. 37).

Табела бр. 37: Возраст, образование, број на деца во семејството – ефекти од раната интервенција кај АСН

	вредност	df	p	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	36.111 ^a	12	< 0.001	52.982 ^a	15	< 0.001	3.037 ^a	9	0.963
Големина на примерок (N)	4 271								

За албанскиот примерок на испитаници родители единствено е присутна статистички значајна асоцијација на образовниот статус на родителите и нивните знаења за раната интервенција ($p = 0,023$).

- Да се утврди дали возраста на родителите, образовниот статус, вкупниот број на деца во семејството и социокултурните услови влијаат на нивните ставови поврзани со инклузијата на децата со АСН во градинките.

Табела бр. 38: Возраст, образовен статус, број на деца во семејството (вкупен примерок на родители) – Дали ја поддржувате инклузијата во градинката?

	вредност	df	p	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson X ² тест	14.622 ^a	12	0.263	23.431 ^a	15	0.075	13.089 ^a	9	0.159
Големина на примерок (N)	4 271								

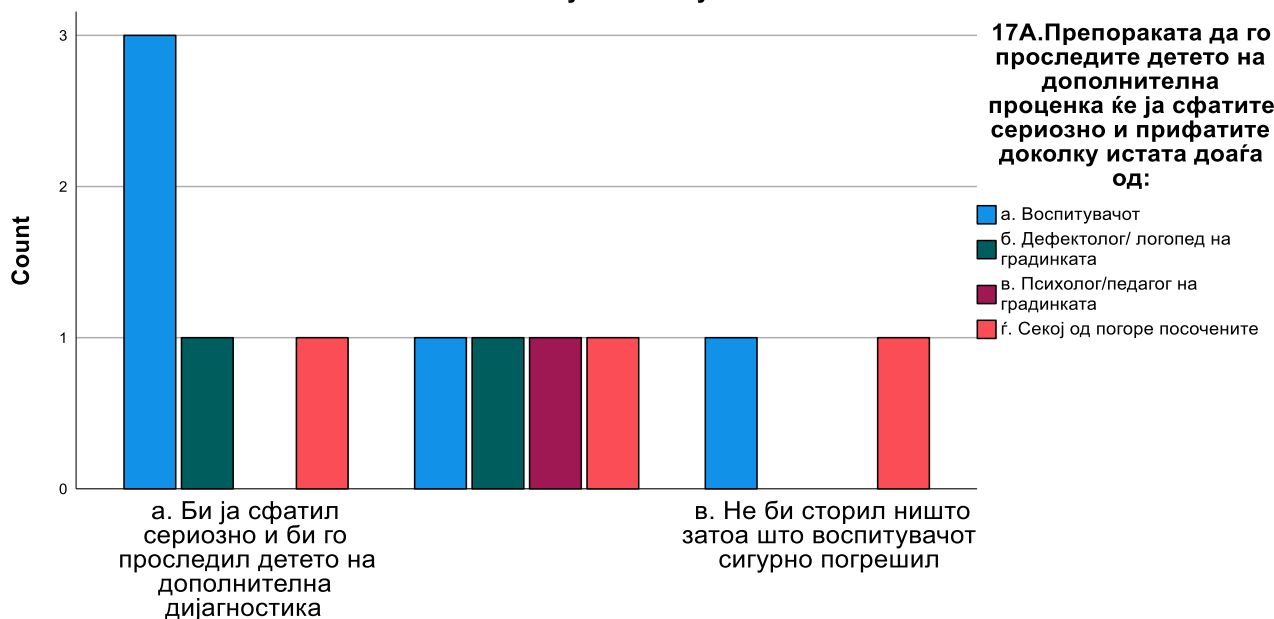
Резултатите добиени од анализата на вкупниот примерок укажуваат на отсуство на асоцијација на возраста, образовниот статус на испитаниците и вкупниот број на деца во семејството со нивните ставови за инклузија на децата во градинките (табела бр. 38).

- Да се утврди дали социокултурните услови во кои живее/егзистира семејството го дефинираат ставот на родителот за формата и учеството на давателите на услуги во детекцијата и спроведувањето на програма соодветна на потребите на детето со АСН во градинката.

За таа цел е направена асоцијација на прашањето број 19: *Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со аутизам?* со прашањата број 17: *Препораката да го упатите детето на дополнителна проценка ќе ја сфатите сериозно и ќе ја прифатите доколку истата доаѓа од:...* и број 15: *Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира дека забележал развојна недоследност кај вашето дете?*

Резултатите прикажани на сликите бр. 5, 6 и 7, за албанскиот примерок родители, и сликите бр. 8, 9 и 10, за македонскиот примерок родители, укажуваат на исти резултати кои одат во прилог на статистички значајна асоцијација на прашањата за добиената информација за развојна недоследност и добиената препорака од стручен профил во градинката за дополнителна развојна проценка со одговорите за тоа кој би требало да ги реализира активностите кои ги вклучуваат децата со аутизам во групата за категорија б. дефектолог, логопед ($p = 0,001$) и категоријата в. и дефектолог и воспитувач ($p < 0,001$).

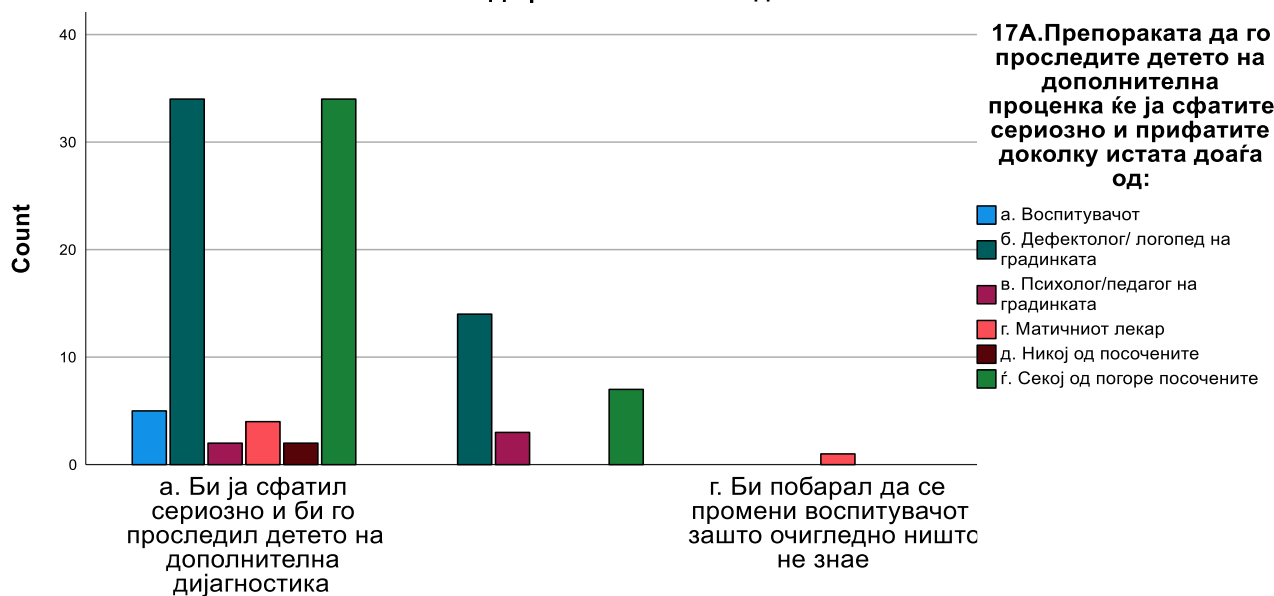
19A. Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со Аутизам?⇒ а. Воспитувачот/негувателот



15A. Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира дек...

Слика бр. 5 (албански примерок родители)

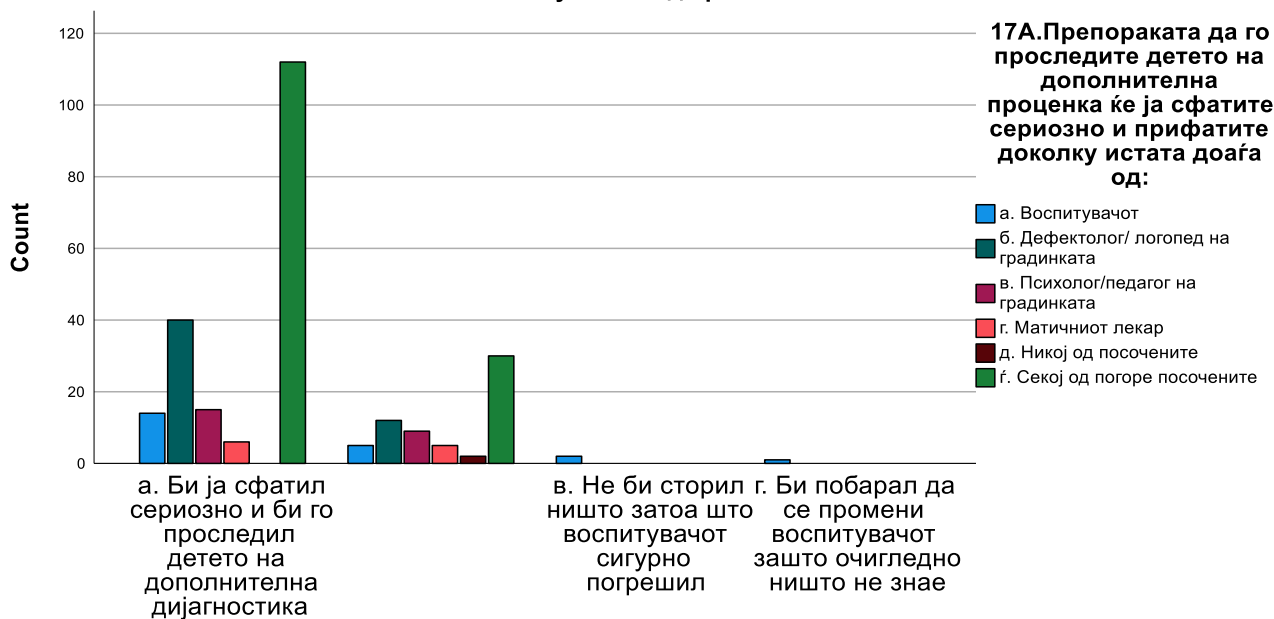
19A. Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со Аутизам?⇒ б. Дефектологот/логопедот



15A. Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира дека забележал развојна недоследност кај вашето дете?

Слика бр. 6 (албански примерок родители)

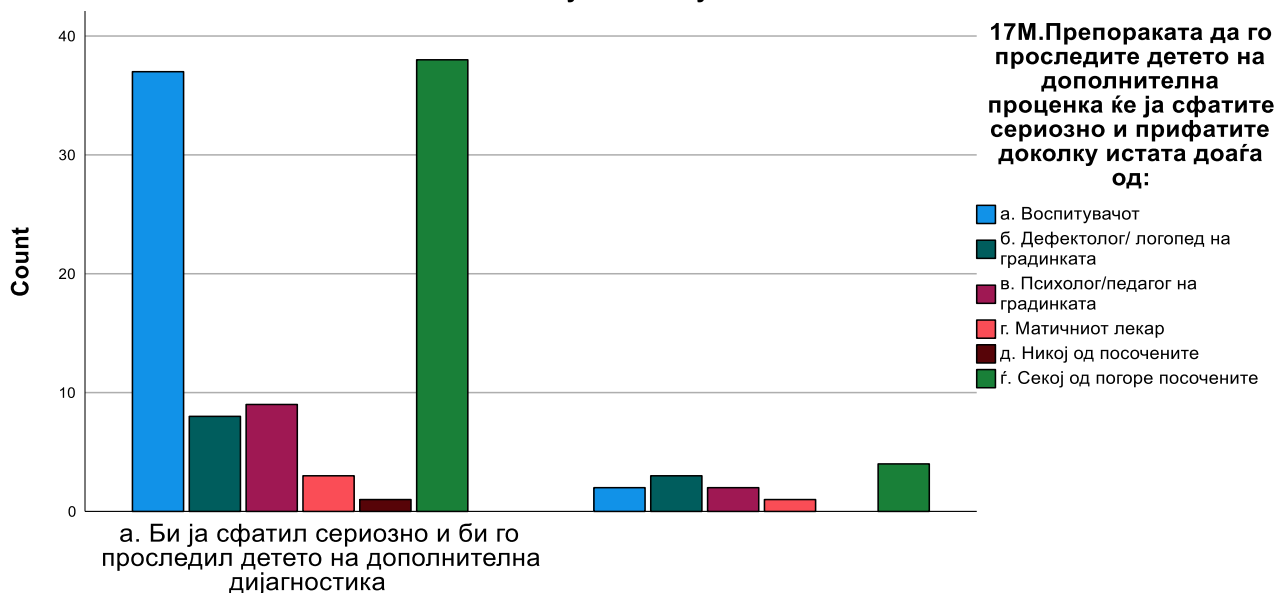
19A. Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со Аутизам?⇒ в. И воспитувачот и дефектологот



15A. Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира ...

Слика бр. 7 (албански примерок родители)

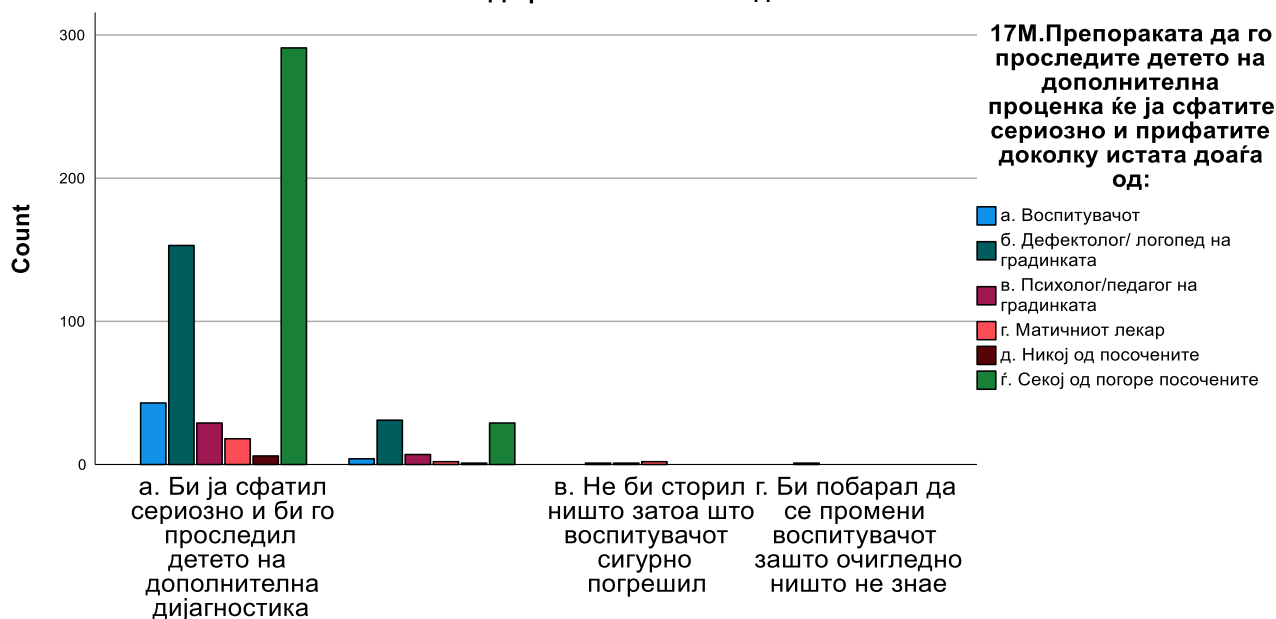
19M. Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со Аутизам?⇒ а. Воспитувачот/негувателот



15M. Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира дека забележал развојна недоследност кај вашето дете?

Слика бр. 8 (македонски примерок родители)

19M. Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со Аутизам?⇒ б. Дефектологот/логопедот



15M. Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира ...

Слика бр. 9 (македонски примерок родители)

19M. Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со Аутизам?⇒ в. И воспитувачот и дефектологот



Слика бр. 10 (македонски примерок родители)

4. Анализа на резултатите за категоријата матични лекари

- Да се утврди влијанието на возраста и искуството во професијата на матичните лекари врз нивните стручни компетенции кои одат во прилог на рано препознавање на аутистичната симптоматологија.

Табела бр. 39: Возраст на матични лекари – однесување кое опишува лице со АСН/стручни компетенции во прилог на рана дијагностика

	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	40.843 ^a	20	0.004	16.510 ^a	15	0.349
Големина на примерок-N	123					

Возраста на матичниот лекар е значајна за дистрибуцијата на знаења за однесување кое најдобро опишува лице со АСН, но не постои асоцијација на возраста со стручните компетенции кои одат во прилог на раната дијагностика (табела бр. 39).

Табела бр. 40: Работно искуство во професијата – однесување кое опишува лице со АСН/стручни компетенции во прилог на рана дијагностика

	Вредност	df	p	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	15.742 ^a	16	0.471	30.312 ^a	12	0.003
Големина на примерок-N	123					

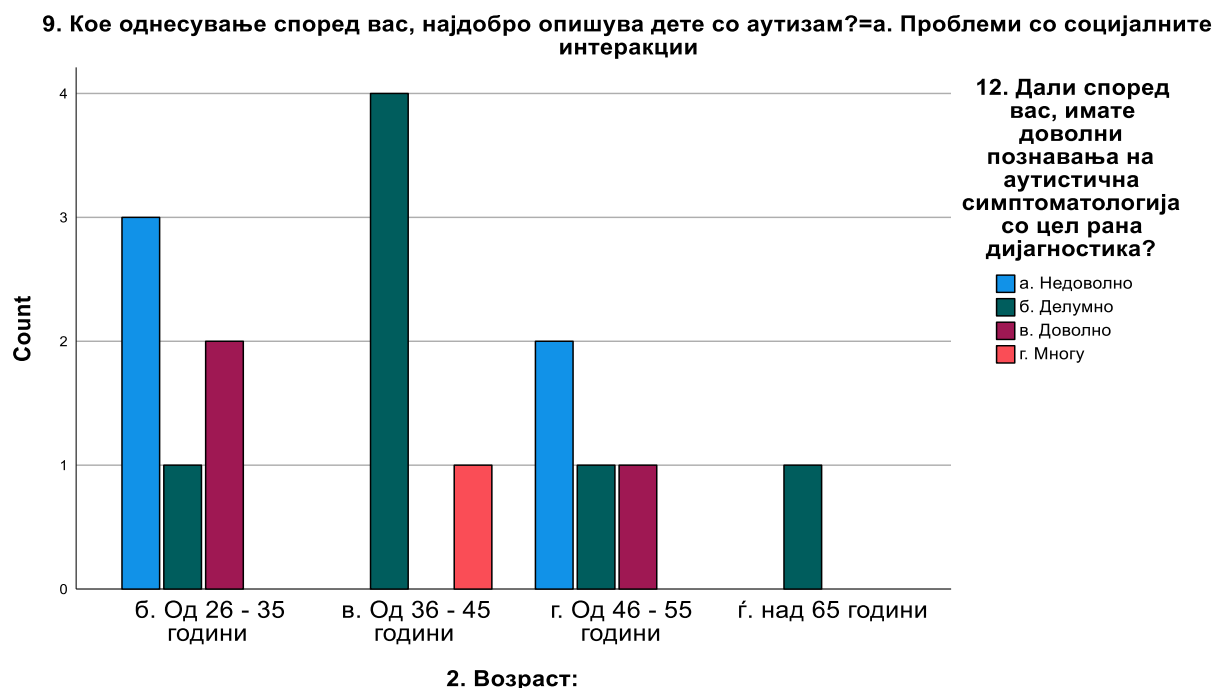
Работното искуство, пак, на матичниот лекар покажува статистички значајна асоцијација со стручните компетенции во прилог на рана дијагностика на АСН, но истото не е асоцирано со знаењата на матичните лекари кои подразбираат однесување кое најдобро опишува лице со АСН (табела бр. 40).

Хи квадрат тестот во табелата бр. 41 укажува на асоцијација на работното искуство, стручните компетенции за дијагностичка претпоставка на АСН и знаењата на матичниот лекар за прашањето број 9, кое гласи: *Според вас, кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?*

Табела бр. 41: Работното искуство, стручните компетенции во прилог на дијагностика на АСН и однесување кое опишува лице со аутизам (матични лекари)

Работно искуство во професијата		9. Според вас, кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?		
12. Според вас, дали имате доволни познавања за аутистичната симптоматологија со цел рана дијагностика?		вредност	df	p
а. Проблеми со социјалните интеракции.	Pearson X ² тест	8.681 ^b	12	0.730
	N на примерок	16		
ж. Сите погоре посочени.	Pearson X ² тест	27.874 ^e	12	0.006
	N на примерок	102		
ВКУПНО	Pearson X ² тест	30.312 ^a	12	0.003
	N на примерок	123		

Возраста на матичниот лекар и познавањето на АСН во прилог на рана дијагностика, а поврзано со ставот на матичниот лекар за тоа кое однесување најдобро опишува лице со АСН, укажуваат на значајност во дистрибуцијата на резултатите поврзани со одговорот под **а. Проблеми со социјалните интеракции**, но отсуствува асоцијација со точниот одговор, т.е. одговорот: **Сите погоре посочени**.



Слика бр. 11: Возраста, стручните компетенции во прилог на дијагностика на АСН и однесување кое опишува лице со аутизам (матични лекари)

- Да се утврди влијанието на возраста на матичните лекари врз нивниот став поврзан со возраста на која може да се забележат знаци кои одат во прилог на дијагностичка проценка на АСН.

Табела бр. 42: Возраст на матичните лекари и возраст на која може да се постави дијагноза аутизам

	вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	13.652 ^a	10	0.189
Големина на примерок-N	123		

Резултатот покажува дека возраста на матичните лекари не влијае врз изнесените став за возраста на која може да се постави дијагноза аутизам (табела бр. 42).

- Да се утврди влијанието на возраста и искуството во професијата на матичниот лекар врз неговите знаења поврзани со раните интервентни програми кај аутизмот и ефектите од истите.

Табела бр. 43: Возраст на матичните лекари – рана интервенција/ефекти од раната интервенција

	вредност	p
Phi	0.069	0.848
Cramer's V	0.069	0.848
Големина на примерок (N)	123	

Табела бр. 44: Работно искуство на матичните лекари – рана интервенција/ефекти од раната интервенција

	вредност	p
Phi	0.187	0.389
Cramer's V	0.187	0.389
Големина на примерок (N)	123	

Прикажаните резултати покажуваат дека ниту возраста ниту работното искуство на матичните лекари не влијаат врз нивните ставови за раните интервентни програми кај АСН и ефектите од истите (табела бр. 43 и 44).

- Да се утврди дали возраста, работниот стаж или социокултурните услови во кои живее/егзистира матичниот лекар се фактори на влијание за ставот на матичниот лекар

поврзан со соодветноста на формуларот кој тој го пополнува за прием на детето во градинка, а кој сведочи за здравствената состојба на истото.

Табела бр. 45: Возраст на матичните лекари; соодветност на формуларот за прием во градинка; точност во проценката на доследност во развој за возраст од 9 месеци

	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson X ² тест	14.392 ^a	20	0.810	10.025 ^a	15	0.818
Големина на примерок (N)	123					

Табела бр. 46: Работно искуство на матичните лекари; соодветност на формуларот за прием во градинка; точност во проценката на доследност во развој за возраст од 9 месеци

	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson X ² тест	17.454 ^a	16	0.357	10.194 ^a	12	0.599
Големина на примерок (N)	123					

Табела бр. 47: Возраст на матичните лекари (албански примерок); соодветност на формуларот за прием во градинка; точност во проценката на доследност во развој за возраст од 9 месеци

	вредност	df	p.	вредност	df	p
Pearson X ² тест	1.833 ^a	4	0.766	5.587 ^a	4	0.232
Големина на примерок (N)	11					

Табела бр. 48: Работно искуство на матичните лекари (албански примерок); соодветност на формуларот за прием во градинка; точност во проценката на доследност во развој за возраст од 9 месеци

	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson X ² тест	6.325 ^a	6	0.388	14.143 ^a	6	0.028
Големина на примерок (N)	11					

Единствена разлика меѓу вкупниот примерок (табели бр. 45 и 46) и примерокот прашалници за матичните лекари на албански јазик има во делот на присутната статистички значајна асоцијација на возраста на матичниот лекар (табела бр. 47) во однос на ставот на матичниот лекар за точноста со која може да потврди доследност во развојот кај дете на возраст од девет месеци кога издава потврда за упис во градинка.

Сите останати резултати покажуваат отсуство на асоцијација на возраста и работното искуство на матичните лекари со изнесените ставови поврзани со документот кој матичниот лекар го издава и служи за упис на дете во градинка.

▪ Да се утврди дали предрасудите во убедувањето на матичниот лекар зависат од социокултурните услови во кои тој живее/егзистира, а се однесуваат на споделување информации (по претходна согласност со родителите) за дијагнозата F48 или одредени медицински состојби (кои можат и директно влијаат на развојот на детето) со градинката (табела бр. 49).

Табела бр. 49: Споделување на дијагнозата F48 со градинката и дополнување на формуларот за прием во градинка за албанскиот примерок на матични лекари

	Да	Не	Вк.
а. Да, со цел персоналот да добие увид во состојбата и соодветно да одговори на истата.	1	2	3
б. Да, само во услови кога состојбата е поврзана со епилепсија, алергија на лактоза, нетолеранција на глутен и казеин.	0	2	2
в. Да, само кога детето прима медикаменти или се воведува во медикаментозен третман поради можни промени во однесувањето.	0	2	2
г. Не, затоа што детето ќе биде одбележано од средината.	0	2	2
д. Не, затоа што споделената информација никако не би одела во прилог на детето.	0	2	2
Вкупно	1	10	11

Примерокот на пополнети прашалници на матичните лекари на албански јазик е многу мал, што, пак, е фактор за дополнителни лимити врз основа на презентираниите резултати. Прикажаниот резултат говори за отсуство на статистички значајна асоцијација на двете варијабли.

▪ Да се утврди влијанието на возраста и искуството во професијата на матичниот лекар врз ставот на лекарот за соодветната возраст на која детето би требало да се упати на дијагностика поврзана со АСН.

Табела бр. 50: Работно искуство, возраст на матичните лекари и возраст на која детето треба да се упати на дијагностичка опсервација за аутизам

	вредност	df	p	вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	4.098 ^a	8	0.848	6.176 ^a	10	0.800
Големина на примерок (N)	123					

Работното искуство во професијата и возраста на матичниот лекар не покажуваат асоцијација со дадените одговори на прашањето за возраста на која би требало да се упати детето на понатамошна дијагностика доколку лекарот детектира развојно задоцнување или сомнение за АСН (табела бр. 50).

5. Дескриптивна статистика за категоријата воспитувачи/негувателки

Во прилог на истражувањето за секоја од категориите: воспитувачи/негувателки, родители и матични лекари стојат податоци кои се однесуваат на средната вредност, стандардната девијација, варијансата, за експерименталната и контролната група. Понудените податоци немаат за цел да се прави компаративна анализа меѓу групите, зашто истото е невозможно од причина што секоја од групите нема еднакви пропорции на примерок за да може да се обезбеди компаративна анализа на добиените резултати. Впрочем, средната вредност е директно поврзана и зависна од големината на примерокот, како и стандардната девијација и варијансата. Стандардната девијација, како статистички показател, укажува на тоа колку секоја вредност во дистрибуцијата отстапува од својата средна вредност (расејување на примерокот).

Варијансата, како статистички податок, го утврдува степенот на блискост или оддалеченост на вредностите на дистрибуција од нејзината просечна вредност.

Вредноста на варијансата помала од еден укажува на блискост на вредностите во дистрибуцијата кои дополнително се потврдени со анализите кои се однесуваат на фреквенциите за секое прашање во рамки на категориите. Истата оди во прилог на најголема процентуална застапеност на еден или два од можните одговори, зависно од вредноста на варијансата.

Вредноста на варијансата поголема или еднаква на еден, т.е висока варијанса, укажува на оддалеченост на вредностите во дистрибуцијата, а дополнето со анализите во делот на фреквенции укажува на процентуално блиска распределба на повеќе можни одговори.

Табела бр. 51: Средна вредност, стандардна девијација, варијанса – воспитувачи и негувателки

Бр.	Прашалник за воспитувачи и негувателки	ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА ГРУПА			
		N	M	σ	σ^2	N	M	σ	σ^2
2.	Возраст.	987	3.20	0.913	0.834	155	3.57	0.814	0.663
3.	Полова припадност.	987	1.99	0.071	0.005	155	1.99	0.080	0.006
4.	Работен профил.	987	1.52	0.500	0.250	155	1.58	0.495	0.245
5.	Работно искуство во професија.	987	2.47	1.474	2.172	155	2.72	1.398	1.955
6.	Според вас, дали поседувате доволно знаења за да поставите основано сомнение дека детето со кое работите манифестира АСН?	987	2.40	0.729	0.532	155	2.40	0.699	0.488
7.	Дали досега сте присуствувале на некоја обука поврзана со АСН?	987	1.40	0.490	0.240	155	1.43	0.497	0.247
8.	Според вас, што е аутизам?	987	4.52	1.162	1.349	155	4.68	0.959	0.919
9.	Дали сте имале претходно искуство со дете со аутизам?	987	1.43	0.564	0.318	155	1.36	0.557	0.310
10.	Кое однесување најдобро опишува дете со АСН?	987	6.98	1.981	3.923	155	6.79	2.002	4.009
11.	Според вас, што претставува рана интервентна метода во третманот на АСН?	987	1.13	0.358	0.128	155	1.20	0.432	0.187
12.	Колкави би можеле да бидат ефектите од раната интервенција кај АСН?	987	2.90	0.797	0.636	155	2.81	0.838	0.703
13.	Дали поседувате стручни компетенции да одговорите на потребите за развој на дете со аутизам во инклузивни услови во градинка?	987	1.84	0.734	0.539	155	1.68	0.642	0.412
14.	Дали работниот профил воспитувач ги поседува потребните стручни компетенции за да одговори на потребите за развој на дете со АСН?	987	1.69	0.739	0.546	155	1.54	0.647	0.419
15.	Дали сметате дека имате потреба од едукации кои ќе ви помогнат во детекцијата, но и во работата со деца со аутизам?	987	1.06	0.235	0.055	155	1.07	0.258	0.066
16.	Дали во рамки на наставните планови и програми на педагошките факултети треба задолжително да се воведат наставен предмет <i>Методика на работа со деца со аутизам и слични состојби</i> ?	987	1.89	1.220	1.489	155	1.94	1.213	1.471
17.	Дали сметате дека воспитувачот треба да е директно вклучен во планирањето и реализацијата на развојната програма за дете со аутизам во рамки на инклузијата?	987	2.35	1.248	1.557	155	2.61	1.214	1.474
18.	Дали сметате дека воспитувачот сноси одговорност со родителите да сподели информација за констатирано развојно отстапување кај дете од својата група?	987	1.47	0.803	0.645	155	1.94	0.982	0.664
19.	Дали родителите треба да ја споделат дијагнозата АСН кај своето дете со одговорниот воспитувач и зошто?	987	2.33	1.222	1.494	155	2.59	1.298	1.686
20.	Дали воспитувачот треба да е вклучен во тимот кој спроведува рана интервенција кај дете од неговата група надвор од градинка?	987	1.61	0.681	0.464	155	1.80	0.706	0.499
21.	На кое ниво треба да се одвива соработката на родителите на дете со АСН и воспитувачот?	987	2.06	0.690	0.476	155	2.06	0.835	0.697

6. Компаративна анализа на фреквенции за категоријата воспитувачи и негувателки

Компаративна анализа на фреквенции е обезбедена за експерименталната и контролната група. Анализата на фреквенции се сведува исклучиво на увид и споредба на проценти во рамки на одговорите за секое прашање. Во истражувањето нема да се прави корелација на сите фреквенции и да се проценува нивната статистичка значајност.

Во делот на презентирани разлики меѓу експерименталната и контролната група за возраста на испитаниците, најголемите разлики во проценти се однесуваат на категориите од 36 до 45 години и од 46 до 55 години. Резултатите се прикажани во табелата бр. 52.

Табела бр. 52: Возраст на воспитувачите и негувателките

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. До 25 години.	16	1,6	0	0
б. Од 26 до 35 години.	182	18,4	13	8,4
в. Од 36 до 45 години.	474	48,0	60	38,7
г. Од 46 до 55 години.	214	21,7	63	40,6
д. Над 55 години.	101	10,2	19	12,3
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Експерименталната и контролната група се скоро идентични во однос на половата припадност, а резултатите се запишани во табелата бр. 53.

Табела бр. 53: Полова припадност на воспитувачите и негувателките

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Машки.	5	.5	1	.6
б. Женски.	982	99,5	154	99,4
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Во табелата бр. 54 е даден увид во работниот профил и разликите меѓу експерименталната и контролната група изразени во проценти.

Табела бр. 54: Работен профил

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Воспитувач.	471	47,7	65	41,9
б. Негувателка.	516	52,3	90	58,1
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Табелата бр. 55 дава увид во разликите меѓу експерименталната и контролната група за работното искуство во професијата.

Табела бр. 55: Работно искуство во професијата

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Помалку од 5 години.	348	35,3	35	22,6
б. 5 до 10 години.	252	25,5	44	28,4
в. 11 до 15 години.	135	13,7	34	21,9
г. 15 до 20 години.	78	7,9	13	8,4
д. Повеќе од 20 години.	174	17,6	29	18,7
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Добиените резултати кои се однесуваат на стручните компетенции на експерименталната и контролната група се блиски врз основа на вредностите изразени во проценти. Истите се забележани во табелата бр. 56.

Табела бр. 56: Став/мислење на пополнувачот на прашалникот за тоа дали поседува стручни компетенции во прилог на детекција на АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	99	10,0	15	9,7
б. Делумно.	440	44,6	67	43,2
в. Доволно.	403	40,8	69	44,5
г. Многу.	45	4,6	4	2,6
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Повеќе од половина, т.е. 59,9 % од испитаниците од експерименталната, наспроти 56,8 % од испитаниците од контролната група присуствувале на обука поврзана со АСН (табела бр. 57).

Табела бр. 57: Едукации на тема АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	591	59,9	88	56,8
б. Не.	396	40,1	67	43,2
Вкупно	987	100,0	155	100,0

За прашањето: *Според вас, што претставува аутизам?*, фреквенцијата на точни одговори меѓу експерименталната и контролната група е многу блиска, т.е. 80,1 %, наспроти 78,7 %, додека сите останати одговори се дисперзирани со различни вредности на фреквенции за секоја група (табела бр. 58).

Табела бр. 58: Став за тоа што е аутизам

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Болест.	34	3,4	1	.6
б. Синдром (како Даунов синдром, Едвардсов синдром).	97	9,8	11	7,1
в. Социјална изолација.	25	2,5	7	4,5
г. Емоционална незрелост.	18	1,8	6	3,9
д. Первазивно развојно нарушување со тешкотии во социјалната комуникација, интеракциите и репетитивното однесување.	791	80,1	122	78,7
ѓ. Ништо од погоре посоченото.	22	2,2	8	5,2
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Контролната група покажува поголема вредност на фреквенција на претходно искуство со дете со аутизам во однос на експерименталната група, и тоа во однос 67,7 % : 60,9 % (табела бр. 59).

Табела бр. 59: Практично искуство со дете со аутизам

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	601	60,9	105	67,7
б. Не.	350	35,5	44	28,4
в. Не знам.	36	3,6	6	3,9
Вкупно	987	100,0	155	100,0

За прашањето: *Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?*, и покрај тоа што 73 % испитаници од експерименталната и 68,4 % испитаници од контролната група

посочиле на точниот одговор, евидентни се разлики кои се однесуваат на вредноста на фреквенциите и за останатите можни одговори за истоименото прашање за експерименталната и контролната група. Истите се прикажани во табелата бр. 60.

Табела бр. 60: Однесување кое опишува дете со аутизам

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Проблеми со учество во игрите.	14	1,4	1	0,6
б. Проблеми со задржување на вниманието.	75	7,6	11	7,1
в. Проблеми со моторното функционирање.	8	0,8	2	1,3
г. Сетилна пречувствителност или нечувствителност.	32	3,2	11	7,1
д. Проблеми со вербалната и невербалната комуникација.	67	6,8	17	11,0
ѓ. Проблеми со однесувањето.	40	4,1	4	2,6
е. Когнитивни нарушувања.	19	1,9	2	1,3
ж. Сите погоре посочени.	721	73,0	106	68,4
з. Ниту едно од погоре посочените.	11	1,1	1	0,6
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Експерименталната група покажува повисок процент на презентирано знаење за возраста од која почнува да се спроведува раната интервенција кај АСН. Во прилог се 87,5 % точни одговори на експерименталната, наспроти 81,3 % точни одговори на контролната група испитаници (табела бр. 61).

Табела бр. 61: Рана интервенција кај аутизам

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Интервентна метода која почнува да се спроведува пред 2-та до 3-тата година.	864	87,5	126	81,3
б. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 4 до 5 години.	118	12,0	27	17,4
в. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 6 до 7 години.	4	0,4	2	1,3
г. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 8 до 10 години.	1	0,1	0	0
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Вредностите кои се однесуваат на ефектите од раната интервенција кај АСН одат во прилог на блиски резултати за двете групи. Најголема разлика има во делот

недоволно ефекти со 2,1 % за експерименталната и 4,5 % за контролната група испитаници, како и во делот многу ефекти, што оди во прилог на експерименталната група, и тоа 25,2 %, наспроти 22,6 % за контролната група (табела бр. 62).

Табела бр. 62: Ефекти од раната интервенција кај аутизам

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	21	2,1	7	4,5
б. Делумно.	303	30,7	51	32,9
в. Доволно.	414	41,9	62	40,0
г. Многу.	249	25,2	35	22,6
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Во делот на стручните компетенции на воспитувачите/негувателките, во прилог на соодветен одговор на потребите за развој, експерименталната група проценува дека има доволно компетенции, и тоа 16,1 %, наспроти контролната која проценува дека има 9,7 %. Презентираната разлика можеби се должи на фактот што експерименталната група имала можност повеќе од контролната група испитаници да се едуцира на темата, иако не смее да се занемари и фактот дека контролната група, пак, имала поголемо практично искуство во однос на експерименталната (табела бр. 63).

Табела бр. 63: Стручни компетенции на пополнувачот на прашалникот за работа со дете со аутизам во инклузивни услови во градинка

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	347	35,2	64	41,3
б. Делумно.	468	47,4	76	49,0
в. Доволно.	159	16,1	15	9,7
г. Многу.	13	1,3	0	0
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Секако, сето ова е презентирано и преку изразеното мислење за тоа дали стручниот профил реално поседува доволно компетенции во прилог на соодветен одговор на потребите на дете со АСН. Истото е во прилог на експерименталната група (табела бр. 64).

Табела бр. 64: Стручни компетенции на работниот профил воспитувач/негувателка за работа со деца со аутизам во инклузивни услови во градинка

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	448	45,4	85	54,8
б. Делумно.	413	41,8	57	36,8
в. Доволно.	107	10,8	13	8,4
г. Многу.	19	1,9	0	0
Вкупно	987	100,0	155	100,0

И експерименталната и контролната група ја посочуваат неопходноста од едукации во прилог на детекција и работа со деца со АСН, но со повисока фреквенција во рамки на експерименталната група, и покрај фактот што истата имала почеста можност и за претходни едукации на темата (табела бр. 65).

Табела бр. 65: Неопходност од едукации за потребите за детекција и работа со деца со АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	929	94,1	144	92,9
б. Не.	58	5,9	11	7,1
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Во однос на презентираниот став на двете групи, а поврзан со неопходноста од воведување на наставен предмет *Методика на работа со деца со аутизам и слични состојби*, експерименталната група покажува повисока фреквенција на одговорот: **Да, задолжително**, и тоа 58,1 %, наспроти 52,9 % кај контролната група. Секако, евидентна е и разликата во фреквенциите за одговорот: **Нема потреба**, кој за експерименталната група изнесува 1,9 %, наспроти 0,6 % за контролната група (табела бр. 66).

Табела бр. 66: Потреба од изучување на наставниот предмет Методика на работа со деца со АСН како дел од формалното образование

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Да, задолжително.	573	58,1	82	52,9
б. Само изборно.	173	17,5	36	23,2
в. Нема потреба.	19	1,9	1	0,6
г. Неформално, дел од стручното усовршување.	222	22,5	36	23,2
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Резултатите за формата на учество на воспитувачот во планирањето и реализацијата на развојната програма за дете со АСН покажуваат поголема подготвеност на експерименталната група да се вклучи директно во планирањето и реализацијата, и тоа 38,2 %, наспроти 29,7 % за контролната група. Во делот **Ниту во реализацијата ниту во планирањето**, резултатите се следниве: 17,1 % за експерименталната, наспроти 27,1 % за контролната група (табела бр. 67).

Табела бр. 67: Форма на учество на воспитувачот/негувателката во планирање и реализација на развојна програма за дете со АСН во градинка

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Да, задолжително.	377	38,2	46	29,7
б. Само во реализацијата, но не и во планирањето на активностите.	163	16,5	18	11,6
в. Ниту во реализацијата ниту во планирањето, тоа треба да е задача на другите стручни профили во градинката.	169	17,1	42	27,1
г. Да е поддршка на реализацијата на развојната програма, но директно да не учествува во реализација на истата.	278	28,2	49	31,6
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Ставовите на испитаниците од експерименталната и контролната група за тоа дали воспитувачот сноси одговорност со родителите да сподели информација за констатирано развојно отстапување се одбележани со разлики кои се однесуваат на фреквенциите за дадените одговори, за што сведочат резултатите забележани во табелата бр. 68.

Табела бр. 68: Став/мислење на воспитувачот за тоа дали со родителите треба да сподели информација за констатирана развојна недоследност

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Да, без исклучок, затоа што тоа е задача на секој воспитувач.	684	69,3	68	43,9
б. Не секогаш, затоа што родителите покажуваат незаинтересираност за развојот на детето.	168	17,0	39	25,2
в. Не, поради негативната реакција на родителите.	105	10,6	37	23,9
г. Никако, поради присутен страв од нивната можна реакција.	30	3,0	11	7,1
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Најголема фреквенција за прашањето: *Дали родителите треба да ја споделат дијагнозата АСН кај своето дете со одговорниот воспитувач и зошто?* има одговорот: **Да, за воспитувачот да побара вклучување на стручните служби**, со повисока фреквенција за контролната група од 53,5 %, наспроти 47,6 % за експерименталната, како и одговорот: **Да, со цел воспитувачот да креира услови за развој во согласност со можностите на детето**, во прилог на експерименталната група, и тоа со 38,8 %, наспроти 29 % за контролната група (табела бр. 69).

Табела бр. 69: Став/мислење на воспитувачите/негувателките за тоа дали родителите треба да ја споделат дијагнозата АСН на своето дете со градинката и зошто

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Да, со цел воспитувачот да креира услови за развој во согласност со можностите на детето.	383	38,8	45	29,0
б. Да, за воспитувачот да побара намалување на вкупниот број на деца во групата.	51	5,2	11	7,1
в. Да, за воспитувачот да побара вклучување и на стручните служби за креирање стимулативна средина за развој.	470	47,6	83	53,5
г. Да, за воспитувачот да има разбирање за однесувањето на детето.	38	3,9	3	1,9
д. Да, за воспитувачот да ги нивелира очекувањата кои ги има од детето на неговите можности.	21	2,1	5	3,2
ѓ. Не, затоа што воспитувачот секако не поседува стручност за работа со деца со АСН и никако не е во можност да го поддржи нивниот развој	24	2,4	8	5,2
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Евидентни се и разликите во фреквенциите на дадените одговори на двете групи кои се однесуваат на ставот на воспитувачот дали тој треба да е дел и од тимот кој спроведува интервентна програма кај дете со АСН надвор од градинката. Истите се содржани во табелата бр. 70.

Табела бр. 70: Став/мислење на воспитувачот/негувателката за тоа дали треба да е дел од тимот кој спроведува рана интервенција за аутизам надвор од градинката

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Да, затоа што е потребна координација и единство на делување за потребите за развој на дете со аутизам.	492	49,8	57	36,8
б. Не, затоа што воспитувачот секако делува во согласност со своите можности во рамки на својата секојдневна работа со детето.	383	38,8	72	46,5
в. Не, затоа што тоа значи дополнителен ангажман за кој воспитувачот не добива финансиски надоместок.	112	11,3	26	16,8
Вкупно	987	100,0	155	100,0

Фреквенциите на одговорите кои се однесуваат на прашањето за соработката која ја остварува профилот воспитувач со родителите одат во прилог на поголема подготвеност на експерименталната во однос на контролната група испитаници за остварување на оваа соработка во прилог на потребите за развој на детето со АСН и неопходното единство во делување, и тоа 67 %, наспроти 55,5 %. Контролната група пријавува и неможност за соработка со родителите во контекст на развојот на детето со АСН поради работни обврски на профилот, и тоа 8,4 %, наспроти 5 % за експерименталната група (табела бр. 71).

Табела бр. 71: Соработка со родителите

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Споделување информации за здравствената состојба или за земањето лекови.	157	15,9	36	23,2
б. Соработка за развојните потреби на детето и единство во делувањето.	661	67,0	86	55,5
в. Соработка која ги вклучува и родителите на другите деца во групата.	120	12,2	20	12,9
г. Воспитувачот нема време за соработка со родителите на дете со АСН поради профилот на работни обврски.	49	5,0	13	8,4
Вкупно	987	100,0	155	100,0

7. Дескриптивни статистички податоци за категоријата родители

Табела бр. 72: Средна вредност, стандардна девијација, варијанса за групата родители

Прашалник за родители		ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА ГРУПА			
Бр.	Прашање	N	M	σ	σ^2	N	M	σ	σ^2
1.	Возраст.	3 442	2.86	0.570	0.325	829	3.00	0.529	0.280
2.	Полова припадност.	3 442	1.93	0.261	0.068	829	1.89	0.313	0.098
4.	Степен на образование.	3 442	3.83	0.748	0.559	829	4.13	0.696	0.484
5.	Број на деца во семејството.	3 442	1.79	0.649	0.421	829	1.70	0.607	0.368
6.	Дали имате познавања за развојот на вашето дете од 0 до 6 години?	3 442	2.93	0.656	0.430	829	2.93	0.656	0.431
7.	Дали одговорниот воспитувач пред почетокот на воспитно-образовната година ве информира за развојните очекувања на детето во согласност со возраста?	3 442	2.66	0.934	0.872	829	2.43	0.933	0.870
8.	Според вас, што е аутизам?	3 442	4.33	1.359	1.848	829	4.62	1.072	1.149
9.	Дали сте имале претходно искуство со дете со аутизам?	3 442	1.85	0.456	0.208	829	1.80	0.505	0.255
10.	Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?	3 442	6.47	2.229	4.969	829	6.87	1.896	3.593
11.	Според вас, што претставува рана интервентна метода во третман на АСН?	3 442	1.17	0.422	0.178	829	1.17	0.412	0.170
12.	Колкави би можеле да бидат ефектите од раната интервенција кај АСН?	3 442	2.92	0.825	0.681	829	2.97	0.814	0.662
13.	Дали ја поддржувате инклузијата на децата со аутизам во градинка?	3 442	3.13	0.896	0.804	829	3.13	0.869	0.755
14.	Дали воспитувачот треба да ве информира за одредено развојно отстапување кое го забележува кај вашето дете?	3 442	1.01	0.164	0.027	829	1.01	0.138	0.019
15.	Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира дека забележал развојна недоследност кај вашето дете?	3 442	1.13	0.353	0.125	829	1.09	0.290	0.084
16.	Доколку вашето дете е дијагностицирано со аутизам, дали би ја споделиле информацијата со воспитувачот и зошто?	3 442	3.99	0.307	0.094	829	4.00	0.206	0.042
17.	Препораката да го упатите детето на дополнителна проценка ќе ја сфатите сериозно и ќе ја прифатите доколку истата доаѓа од:	3 442	4.80	1.838	3.379	829	5.16	1.629	2.653
18.	Дали мислите дека воспитувачот ги поседува стручните компетенции за да одговори на потребите на дете со аутизам?	3 442	2.34	0.807	0.651	829	2.35	0.790	0.623
19.	Кој би требало да ги реализира активностите во прилог на развој на детето со аутизам?	3 442	2.77	0.484	0.234	829	2.77	0.465	0.216

8. Компаративна анализа на фреквенции за категоријата родители

Разликите кои се однесуваат на категоријата возраст на експерименталната и контролната група родители се однесуваат на возраст од 21 до 30 години, која кај експерименталната група е застапена со фреквенција од 23,3 %, наспроти 11,2 % за контролната група, која, пак, во рамки на албанскиот примерок родители е со највисока фреквенција од 30 %. Останатите возрасни разлики во групите се забележани во табелата бр. 73.

Табела бр. 73: Возраст на експериментална и контролна група родители

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. До 20 години.	8	0,2	5	0,6
б. Од 21 до 30 години.	802	23,3	93	11,2
в. Од 31 до 40 години.	2 323	67,5	630	76,0
г. Од 41 до 50 години.	294	8,5	95	11,5
д. Над 50 години	15	0,4	6	0,7
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Во делот на половата припадност, машкиот пол е застапен со 7,4 % за експерименталната група, наспроти 11 % за контролната, а женскиот со 92,6 % за експерименталната, во однос на 89 % за контролната група (табела бр. 74). Албанскиот примерок родители укажува на доминантна фреквенција на женскиот пол со 98,4 % во рамки на примерокот.

Табела бр. 74: Полова припадност на родителите

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Машки.	254	7,4	91	11,0
б. Женски.	3 188	92,6	738	89,0
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Најголемите разлики кои се однесуваат на образовниот статус на родителите се во делот **Без образование**, со фреквенција од 0,1 % и **Основно образование**, со 1,7 % за експерименталната група, кои не се застапени категории во контролната група родители. Фреквенцијата на магистерски студии и докторски студии е повисока во рамки на контролната група родители (табела бр. 75).

Табела бр. 75: Образовен статус на родителите

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Без образование.	5	0,1	0	0,0
б. Основно образование.	57	1,7	0	0,0
в. Средно образование.	1 058	30,7	130	15,7
г. Високо образование.	1 737	50,5	483	58,3
д. Магистерски студии.	551	16,0	193	23,3
ѓ. Докторски студии.	34	1,0	23	2,8
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Експерименталната група покажува повисока фреквенција за одговорот: **Три деца**, и тоа 9,2 %, наспроти 5,1 % за контролната група, што, секако, делумно се должи и на албанскиот примерок родители каде што оваа категорија е застапена со 17 % (табела бр. 76).

Табела бр. 76: Број на деца во семејството

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Едно дете.	1 133	32,9	304	36,7
б. Две деца.	1 952	56,7	475	57,3
в. Три деца.	318	9,2	42	5,1
г. Четири и повеќе деца.	39	1,1	8	1,0
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Резултатите кои се однесуваат на родителските познавања за развојот на сопствените деца во првите 6 години од животот даваат скоро идентични фреквенции на презентираниите резултати. Истите се запишани во табелата бр. 77.

Табела бр. 77: Родителско познавање на развојот од 0 до 6 години

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	85	2,5	21	2,5
б. Делумно.	609	17,7	147	17,7
в. Доволно.	2 201	63,9	531	64,1
г. Многу.	547	15,9	130	15,7
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

За тоа дали воспитувачот ги информира родителите за развојните очекувања, експерименталната група има повисока фреквенција на одговорите: **Доволно** – 43,9 %, и

наспроти 39,4 % за контролната група и **Многу** – 18,3 % за експерименталната, наспроти 11,7 % за контролната група. Ваквите резултати на експерименталната група се делумно и производ на проектираните резултати од албанскиот примерок родители кои дале изјава/одговор: **Многу** со фреквенција од дури 33 % (табела бр. 78).

Табела бр. 78: Воспитувачот ги информира родителите за развојните очекувања во тековната година

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	487	14,1	161	19,4
б. Делумно.	814	23,6	244	29,5
в. Доволно.	1 511	43,9	327	39,4
г. Многу.	630	18,3	97	11,7
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

За прашањето: *Според вас, што е аутизам?*, со повисока фреквенција на точниот одговор е контролната група, и тоа 83,7 %, наспроти 72,7 % за експерименталната, што делумно се должи и на одговорите на албанскиот примерок родители. Експерименталната група укажува на повисока фреквенција и на одговорите: **Болест** со 5,6 %, наспроти 2,7 % и **Синдром** со 13,7 %, наспроти 8,4 % (табела бр. 79).

Табела бр. 79: Родителско разбирање за тоа што е аутизам

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Болест.	194	5,6	22	2,7
б. Синдром (како: Даунов синдром, Едвардсов синдром, синдромот Патау).	473	13,7	70	8,4
в. Социјална изолација.	83	2,4	16	1,9
г. Емоционална незрелост.	59	1,7	7	0,8
д. Первазивно развојно нарушување со тешкотии во социјалната комуникација, интеракциите и репетитивното однесување.	2 503	72,7	694	83,7
ѓ. Ништо од погоре посоченото.	130	3,8	20	2,4
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Испитаниците од контролната група родители укажуваат на поголемо претходно искуство со дете со АСН со фреквенција од 25 %, наспроти 19 % за експерименталната

група во рамки на која албанскиот примерок родители има најмало претходно искуство, т.е. со фреквенција од 13,2 % (табела бр. 80).

Табела бр. 80: Родителите и претходното искуство со дете со АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	656	19,0	207	25,0
б. Не.	2 649	76,9	584	70,4
в. Не знам.	139	4,0	38	4,6
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Контролната група покажува повисока фреквенција за точниот одговор на прашањето: *Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?*, и тоа со 66,6 %, наспроти 57,6 % за експерименталната. Останатите одговори се дистрибуирани со различна фреквенција во рамки на групите (табела бр. 81).

Табела бр. 81: Родителите и нивното знаење за однесување кое најдобро опишува дете со аутизам

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Проблеми со учество во игрите.	81	2,4	7	0,8
б. Проблеми со задржување на вниманието.	276	8,0	36	4,3
в. Проблеми со моторното функционирање.	120	3,5	8	1,0
г. Сетилна пречувствителност или нечувствителност.	225	6,5	67	8,1
д. Проблеми со вербалната и невербалната комуникација.	431	12,5	113	13,6
ѓ. Проблеми со однесувањето.	159	4,6	17	2,1
е. Когнитивни нарушувања (помнење, мислење).	54	1,6	8	1,0
ж. Сите погоре посочени.	1 984	57,6	552	66,6
з. Ниту едно од погоре посочените.	112	3,3	21	2,5
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Резултатите за фреквенцијата на дадените одговори на експерименталната и контролната група родители кои се однесуваат на прашањето за тоа што е рана интервенција кај аутизам се скоро со идентични фреквенции за понудените одговори (табела бр. 82).

Табела бр. 82: Родителите и нивното знаење за рана интервенција кај АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Интервентна метода која почнува да се спроведува пред 2-та до 3-тата година.	2 923	84,9	703	84,8
б. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 4 до 5 години.	476	13,8	117	14,1
в. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 6 до 7 години.	31	0,9	7	0,8
г. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 8 до 10 години.	12	0,3	2	0,2
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

За споделеното мислење поврзано со ефектите од раната интервенција укажуваат фреквенциите на одговорите содржани во табелата бр. 83.

Табела бр. 83: Родителите и нивното знаење за ефектите од раната интервенција кај АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	119	3,5	12	1,4
б. Делумно.	972	28,2	253	30,5
в. Доволно.	1 432	41,6	316	38,1
г. Многу.	919	26,7	248	29,9
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Блиски резултати во рамки на примероците родители, а во прилог и поддршка на инклузија на децата со АСН во градинките, иако со највисока фреквенција, одговорот: **Многу** е застапен во рамки на албанскиот примерок родители, со 51,6 % (табела бр. 84).

Табела бр. 84: Родителите и нивниот став за поддршка на инклузија на деца со АСН во градинките

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	150	4,4	25	3,0
б. Делумно.	737	21,4	190	22,9
в. Доволно.	1 068	31,0	264	31,8
г. Многу.	1 487	43,2	350	42,2
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Родителите од сите групи го делат ставот дека треба да бидат информирани за одредено развојно отстапување кое одговорните воспитувачи евентуално го забележале кај нивното дете (табела бр. 85).

Табела бр. 85: Родителите и нивното мислење за тоа дали воспитувачот треба да ги информира за констатираното развојно отстапување кај нивното дете

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	3 412	99,1	822	99,2
б. Не.	9	0,3	4	0,5
в. Не знам.	21	0,6	3	0,4
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

За тоа како би постапиле родителите доколку од одговорниот воспитувач бидат информирани за развојна недоследност на своето дете, најголем дел одговориле дека препораката ќе ја сфатат сериозно и ќе го упатат детето на дополнителна дијагностика, и тоа 87,6 % за експерименталната и 90,7 % за контролната група. Оваа разлика во фреквенциите се должи на прашалниците одговорени на албански јазик со фреквенција од 73,8 % за посочениот одговор. Исто така, одговорот дека добиената информација би ја земале со резерва поради сомневање дека воспитувачот ја има потребната стручност за детекција на развојно отстапување, со највисока фреквенција од 24,6 % е застапен кај албанскиот примерок, што влијае на вкупниот резултат за експерименталната група, кој е 12,1 %, наспроти 9,3 % за контролната група (табела бр. 86).

Табела бр. 86: Став на родителите за тоа како би постапиле доколку од воспитувачот бидат информирани за развојна недоследност кај нивното дете

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Добиената информација би ја сфатил сериозно и би го упатил детето на дополнителна дијагностика.	3014	87,6	752	90,7
б. Добиената информација би ја земал со резерва поради сомневање дека воспитувачот ја има потребната стручност за тоа да го детектира, но би делувал.	415	12,1	77	9,3
в. Не би сторил ништо затоа што воспитувачот сигурно погрешил.	9	0,3	0	0,0
г. Би побарал да се промени воспитувачот зашто очигледно ништо не знае.	4	0,1	0	0,0
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Споредбата на фреквенциите за одговорот на прашањето: *Дали доколку вашето дете е дијагностицирано со аутизам, би ја споделиле информацијата со одговорниот воспитувач и градинката?* укажува на најголема концентрација на одговори во прилог на потврден одговор со цел воспитувачот да може соодветно да одговори на потребите на детето, и тоа со 96,4 % за експерименталната и 97,5 % за контролната група, иако фреквенцијата за истиот одговор во рамки на албанскиот примерок е 90,3 %. Во рамки на истиот примерок е и најголема фреквенцијата на негативен одговор (табела бр. 87).

Табела бр. 87: Став на родителите за тоа дали би ја споделиле информацијата за АСН кај нивното дете со градинката

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Не, затоа што тоа нив не ги засега.	19	0,6	1	0,1
б. Не, затоа што ќе го одбележат и отфрлат детето поради состојбата.	16	0,5	2	0,2
в. Не, затоа што тие секако не се во можност да одговорат на потребите на моето дете.	17	0,5	6	0,7
г. Да, за воспитувачот соодветно да одговори на потребите на детето со АСН.	3 317	96,4	808	97,5
д. Да, за градинката да го намали вкупниот број на деца во групата.	73	2,1	12	1,4
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Најевидентни разлики за прашањето чии резултатите се дадени во табелата бр. 88 се должат на одговорите на албанскиот примерок родители, кои со најголема фреквенција дале одговор: **Секој од погоре посочените**, но и одговор: **Дефектологот/логопедот од градинката**.

Табела бр. 88: Став на родителите за тоа од кој работен профил од градинката би ја прифатиле и сфатиле сериозно препораката да го упатат нивното дете на дополнителна проценка

	експериментална гр.		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Воспитувачот.	244	7,1	41	4,9
б. Дефектологот/логопедот од градинката.	518	15,0	82	9,9
в. Психологот/педагогот од градинката.	180	5,2	41	4,9
г. Матичниот лекар.	128	3,7	17	2,1
д. Никој од посочените.	26	0,8	5	0,6
ѓ. Секој од погоре посочените.	2 346	68,2	643	77,6
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

Ставот на родителите за компетенциите на воспитувачите, а во прилог на соодветен одговор на потребите на дете со АСН, укажува на блиски резултати меѓу групите, освен кај албанскиот примерок кој од останатиот примерок се разликува во одговорите: **Доволно** и **Многу** во делот на фреквенциите (табела бр. 89).

Табела бр. 89: Став/мислење на родителите за тоа дали воспитувачот ги поседува потребните стручни компетенции за да одговори на потребите на дете со аутизам

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	519	15,1	114	13,8
б. Делумно.	1 430	41,5	362	43,7
в. Доволно.	1 281	37,2	303	36,6
г. Многу.	212	6,2	50	6,0
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

И експерименталната и контролната група укажуваат на најчест одговор: **И воспитувачот и дефектологот** во прилог на прашањето: *Кој треба да ги реализира активностите кои се во прилог на развој на дете со аутизам во градинка?*, со фреквенција од 80,4 % за експерименталната и 79,5 % за контролната група испитаници (табела бр. 90).

Табела бр. 90: Став/мислење на родителите за тоа кој би требало да ги реализира активностите со дете со аутизам во градинка

Експериментална група	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
• а. Воспитувачот/негувателот.	102	3,0	17	2,1
• б. Дефектологот/логопедот.	572	16,6	153	18,5
• в. И воспитувачот и дефектологот.	2 768	80,4	659	79,5
Вкупно	3 442	100,0	829	100,0

9. Дескриптивни статистички податоци за категоријата матични лекари

Табела бр. 91: Средна вредност, стандардна девијација, варијанса за група матични лекари

Прашалник за матични лекари		ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА ГРУПА			
Бр.	Прашање.	N	M	σ	σ^2	N	M	σ	σ^2
2.	Возраст.	75	3.17	1.070	1.145	48	3.10	1.276	1.627
3.	Полова припадност.	75	1.65	0.479	0.230	48	1.85	0.357	0.127
4.	Работно искуство во професијата.	75	2.49	1.057	1.118	48	2.33	1.018	1.035
5.	Дали имате пациенти кои се дијагностицирани со АСН?	75	1.40	0.493	0.243	48	1.33	0.476	0.277
6.	Дали досега сте испратиле пациент со сомневање за дијагноза F48 на понатамошна опсервација во МКФ, центар за ментално здравје или на нив сродна установа?	75	1.36	0.483	0.234	48	1.38	0.489	0.239
7.	На која возраст може со сигурност да се утврди дијагнозата АСН?	75	1.53	0.622	0.387	48	1.54	0.582	0.339
8.	Дали во подоле посочените скали препознавате скала за дијагностичка проценка на аутизам?	75	4.31	1.305	1.702	48	3.98	1.523	2.319
9.	Кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?	75	6.87	2.570	6.604	48	7.08	2.305	5.312
10.	Според вас, што претставува рана интервентна метода во третман на АСН?	75	1.44	0.598	0.358	48	1.25	0.484	0.235
11.	Според вашето мислење, колкави би можеле да бидат ефектите од раната интервенција кај АСН?	75	2.88	0.915	0.837	48	3.17	0.834	0.695
12.	Дали имате доволно познавања за АСН во прилог на рана дијагностика?	75	2.00	0.805	0.649	48	2.29	0.651	0.424
13.	Дали дијагнозата F48 кај детето треба да се сподели со градинката (во согласност со родителите)?	75	1.31	0.885	0.783	48	1.15	0.583	0.340
14.	Дали формуларот кој го пополнува матичниот лекар, во прилог на пријавата за упис во градинка, е соодветен да сведочи за здравствената состојба на детето?	75	1.85	0.711	0.505	48	1.98	0.785	0.617
15.	Со колкава точност можете да потврдите доследност во развојот на моториката, говорот, видот, слухот кога издавате потврда за упис во градинка за дете од 9 месеци?	75	1.87	0.622	0.387	48	1.92	0.767	0.589
16.	Дали формуларот кој го пополнува матичниот лекар, во прилог на пријавата за прием во градинка, треба да содржи информации за медицинските состојби кои го афектираат развојот на вештините кај детето?	75	1.21	0.412	0.170	48	1.06	0.245	0.060
17.	Кој прв би требало да забележи развојно доцнење или развоен регрес кај детето?	75	1.17	0.554	0.307	48	1.31	0.689	0.475
18.	На која возраст детето треба да се упати на дијагностика доколку забележите развојно доцнење или сомневање за АСН?	75	1.28	0.534	0.285	48	1.06	0.245	0.060

10. Компаративна анализа на фреквенциите за категоријата матични лекари

Разликата меѓу експерименталната и контролната група која се однесува на возраста укажува на разлика за категоријата до 25 години која во контролната група е застапена со 4,2 %, а отсуствува во експерименталната; за категоријата од 46 до 55 години, која во експерименталната група е застапена со 22,7 %, наспроти 12,5 % за контролната, но и за категоријата над 65 години, и тоа 1,3 % за експерименталната, наспроти 6,3 % за контролната група (табела бр. 92).

Табела бр. 92: Возраст на матичните лекари

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. До 25 години.	0	0	2	4,2
б. Од 26 до 35 години.	25	33,3	16	33,3
в. Од 36 до 45 години.	23	30,7	16	33,3
г. Од 46 до 55 години.	17	22,7	6	12,5
д. Од 56 до 65 години.	9	12,0	5	10,4
ѓ. Над 65 години.	1	1,3	3	6,3
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Контролната и експерименталната група укажуваат и на значителни разлики кои се однесуваат на застапеноста на полот, а резултатите се прикажани во табелата бр. 93.

Табела бр. 93: Полова припадност на матичните лекари

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Машки.	26	34,7	7	14,6
б. Женски.	49	65,3	41	85,4
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Експерименталната и контролната група матични лекари укажуваат и на значителни разлики кои се однесуваат на работното искуство во професијата. Оттука, евентуалните разлики кои ќе се јават во понатамошните анализи меѓу експерименталната и контролната група, а се однесуваат на асоцијации со работното искуство во професијата, ќе се смета дека се производ на разликите за оваа варијабла меѓу групите (табела бр. 94).

Табела бр. 94: Работно искуство на матичните лекари

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Помалку од 5 години.	12	16,0	11	22,9
б. Од 5 до 10 години.	33	44,0	18	37,5
в. Од 11 до 15 години.	12	16,0	11	22,9
г. Од 15 до 20 години.	17	22,7	8	16,7
д. Повеќе од 20 години.	1	1,3	0	0,0
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Контролната група матични лекари пријавила повисока фреквенција на пациенти дијагностицирани со АСН во однос на експерименталната (табела бр. 95).

Табела бр. 95: Одговори на матичните лекари на прашањето дали имаат пациенти кои се дијагностицирани со АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	45	60,0	32	66,7
б. Не.	30	40,0	16	33,3
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Вкупниот број на пациенти кои двете групи матични лекари ги упатиле на понатамошна дијагностичка опсервација за аутизам е близок и изнесува 64 % за експерименталната и 62,2 % за контролната група (табела бр. 96).

Табела бр. 96: Одговори на матичните лекари на прашањето дали упатиле пациент/-и на понатамошна опсервација со сомневање за дијагноза F48

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	48	64,0	30	62,5
б. Не.	27	36,0	18	37,5
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Возраст од 2 до 3 години за дијагностичка потврда на аутизам е одговор со фреквенција од 53,3 % за експерименталната група во однос на 50 % за контролната група. Она што, секако, станува евидентно е дека за експерименталната група одговорот за возраст од 6 до 8 години е застапен со 6,7 %, наспроти 4,2 % за контролната група (табела бр. 97). Резултатите несомнено водат кон заклучок во прилог на одговорот за возраста на која најчесто се дијагностицираат децата со АСН кај нас, што, секако, е

можна рефлексивна на задоцнетата дијагностичка проценка поради ненавремено упатување на децата проценети со ризик за аутизам на дијагностичка опсервација поради ставот на матичните лекари за возраста на која АСН со сигурност може да се потврди .

Табела бр. 97: Мислење/став на матичните лекари за возраста на која може со сигурност да се постави дијагноза аутизам

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Од 2 до 3 години.	40	53,3	24	50,0
б. Од 4 до 5 години.	30	40,0	22	45,8
в. Од 6 до 8 години.	5	6,7	2	4,2
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Само 9,3 % матични лекари од експерименталната и 6,3 % од контролната група препознале скала за дијагностичка проценка на аутизам (табела бр. 98).

Табела бр. 98: Одговори на матичните лекари на прашањето дали меѓу посочените скали препознаваат скала за дијагностичка проценка на аутизам

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. SNAP- IV.	5	6,7	7	14,6
б. CARS.	7	9,3	3	6,3
в. DABS.	4	5,3	4	8,3
г. IBELS (PLS5).	3	4,0	4	8,3
д. Ниту една од посочените.	56	74,7	30	62,5
Вкупно	75	100,0	48	100

Од табелата бр. 99 може да се забележи дека 81,3 % од испитаниците од експерименталната во однос на 85,4 % од испитаниците од контролната група точно одговориле на прашањето за тоа кое однесување најдобро опишува лице со аутизам, иако втор најчест одговор се однесува на проблемите со социјалните интеракции.

Табела бр. 99: Мислење/став на матичните лекари за тоа кое однесување, според нив, најдобро опишува дете со аутизам

	експериментална		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Проблеми со социјалните интеракции.	11	14,7	5	10,4
б. Проблеми со задржување на вниманието.	1	1,3	1	2,1
д. Проблеми со вербалната и невербалната комуникација.	1	1,3	1	2,1
ж. Сите погоре посочени.	61	81,3	41	85,4
з. Ниту едно од погоре посочените.	1	1,3	0	0,0
Вкупно	75	100,0	48	100,0

За возраста од која почнува раната интервенција кај аутизмот, изјавите на експерименталната група за точниот одговор, т.е. за возраста од која почнува да се спроведува, се 61,3 % во однос на 77,1 % за контролната група. Проектираните разлики, секако, може да се производ на разликите во возраста и работното искуство во професијата за двете групи (табела бр. 100).

Табела бр. 100: Мислење/став на матичните лекари за тоа што, според нив, претставува рана интервентна метода во третманот на АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. . Интервентна метода која почнува да се спроведува пред 2-та до 3-тата година.	46	61,3	37	77,1
б. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 4 до 5 години.	25	33,3	10	20,8
в. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 6 до 7 години.	4	5,3	1	2,1
Вкупно	74	100,0	48	100,0

Контролната група е со значителни разлики во однос на експерименталната, а кои се однесуваат на ефектите од раната интервенција. Резултатите се забележани во табелата бр. 101.

Табела бр. 101: Мислење/став на матичните лекари за тоа колкави се, според нив, ефектите од раната интервентна метода во третманот на АСН

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	4	5,3	2	4,2
б. Делумно.	24	32,0	7	14,6
в. Доволно.	24	32,0	20	41,7
г. Многу.	23	30,7	19	39,6
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Испитаниците од експерименталната група матични лекари укажуваат на недоволни познавања на аутистичната симптоматологија во прилог на рана дијагностика, и тоа со 28 %, наспроти 8,3 % од испитаниците од контролната група. 20 % од испитаниците од експерименталната група укажале на доволни познавања на аутистичната симптоматологија, наспроти 33,3 % од испитаниците од контролната група. Ова, секако, покажува дека примерокот на матични лекари од главниот град има подобри познавања во прилог на рана дијагностичка проценка (табела бр. 102).

Табела бр. 102: Мислење/став на матичните лекари за тоа дали поседуваат доволни познавања на АСН во прилог на рана дијагностика

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	21	28,0	4	8,3
б. Делумно.	36	48,0	27	56,3
в. Доволно.	15	20,0	16	33,3
г. Многу.	3	4,0	1	2,1
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Разликите кои се однесуваат на прашањето за тоа дали и од кои причини матичниот лекар би требало да ја сподели дијагнозата аутизам кај својот пациент со градинката во која тој престојува за одговорот: **Да, со цел персоналот да добие увид во состојбата и соодветно да одговори на истата**, за експерименталната група се 86,7 %, а за контролната 93,8 %. Презентираните резултати во експерименталната група, вклучително и посочените резултати погоре се разликуваат поради одговорите на албанскиот примерок матични лекари кој е дел од експерименталната група (табела бр. 103).

Табела бр. 103: Мислење/став на матичните лекари за тоа дали треба да ја сподели дијагнозата F48 кај детето со градинката (во согласност со родителот)

	експериментална		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Да, со цел персоналот да добие увид во состојбата и соодветно да одговори на истата.	65	86,7	45	93,8
б. Да, само во услови кога состојбата е поврзана со епилепсија, алергија на лактоза, нетолеранција на глутен и казеин.	3	4,0	2	4,8
в. Да, само кога детето прима медикаменти или се воведува во медикаментозен третман поради можни промени во однесувањето.	3	4,0	0	0,0
г. Не, затоа што детето ќе биде одбележано од средината.	2	2,7	1	2,1
д. Не, затоа што споделената информација никако не би одела во прилог на детето кое престојува во градинката.	2	2,7	0	0,0
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Само мал дел од испитаниците од двете групи се согласни дека формуларот кој го пополнува матичниот лекар кој служи за прием на дете во градинка е доволно соодветен, и тоа 18,7 % за експерименталната и 16,7 % за контролната група. Одговорот: **Многу соодветен** изостанува за експерименталната група (табела бр. 104).

Табела бр. 104: Став/мислење на матичните лекари за тоа дали формуларот кој го пополнуваат со пријавата за прием во градинка е соодветен

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	25	33,3	13	27,1
б. Делумно.	36	48,0	25	52,1
в. Доволно.	14	18,7	8	16,7
г. Многу.	0	0,0	2	4,2
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Слично како и на претходното прашање, и на прашањето поврзано за тоа со колкава сигурност матичниот лекар може да утврди доследност во развојот на моториката, слухот, говорот итн. кога издава потврда за прием на детето во градинка, најголемиот дел од фреквенциите се однесуваат на одговорот: **Недоволно**, и тоа 26,7 % за експерименталната и 31,3 % за контролната, **Делумно** – 60 % за експерименталната, наспроти 47,9 % за контролната и **Доволно** – 13,3 % за експерименталната и 18,8 % за контролната група испитаници од категоријата матични лекари (табела бр. 105).

Табела бр. 105: Став/мислење на матичните лекари за тоа со колкава точност може да потврдат доследност во развојот на моториката, говорот, слухот, алергиите кога издаваат потврда за упис на дете во градинка на возраст од 9 месеци

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Недоволно.	20	26,7	15	31,3
б. Делумно.	45	60,0	23	47,9
в. Доволно.	10	13,3	9	18,8
г. Многу.	0	0,0	1	2,1
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Разликите кои се однесуваат на фреквенцијата на одговори за прашањето за тоа дали формуларот кој го пополнува матичниот лекар и служи за прием на детето во градинка треба да биде дополнет и со други информации кои го засегаат развојот, за експерименталната и контролната група се должат единствено на албанскиот примерок матични лекари кои 91 % одговориле негативно, за разлика од македонскиот примерок матични лекари кои 92 % одговориле позитивно за неопходноста од дополнување на формуларот (табела бр. 106). Ваквите резултати кои се во корелација со резултатите од албанскиот примерок матични лекари, кои се однесуваат на споделувањето на дијагнозата аутизам со градинката во која детето престојува, водат кон констатација за присутни предрасуди во убедувањето.

Табела бр. 106: Став/мислење на матичните лекари за тоа дали формуларот кој го пополнуваат за прием на дете во градинка треба да содржи дополнителни информации

	експериментална група		контролна група	
	фреквенција	процент	фреквенција	процент
а. Да.	59	78,7	45	93,8
б. Не.	16	21,3	3	6,3
Вкупно	75	100,0	48	100,0

И експерименталната и контролната група матични лекари сметаат дека родителите се оние кои треба први да ги забележат знаците за развојно задоцнување (90,7 % : 81,3 %). Улогата на воспитувачот во тој контекст е сведена на минимум, а, пак, на матичниот лекар со благи варијации меѓу групите во делот на уделот, а во контекст на забележување на првите знаци за развојна недоследност (табела бр. 107).

Табела бр. 107: Мислење/став на матичните лекари за тоа кој прв би требало да го забележи развојното отстапување кај детето

	експериментална		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Родителите.	68	90,7	39	81,3
б. Воспитувачот/негувателот.	1	1,3	3	6,3
в. Матичниот лекар.	6	8,0	6	12,5
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Кај матичните лекари од контролната група има почеста фреквенција за одговорот дека детето ќе го упатат на понатамошна дијагностика штом ги забележат симптомите, и тоа со 93,8 %, за разлика од експерименталната за која овој процент изнесува 74,7. Секако, иако мал дел, има и примерок на матични лекари кои проценуваат дека детето треба да го упатат на дијагностичка проценка за аутизам откако тоа ќе наполни 6 години, што значи дека детето ја губи можноста за ран третман (табела бр. 108).

Табела бр. 108: Мислење/став на матичните лекари за тоа на која возраст, би требало да се упати детето на понатамошна дијагностика поради основано сомнение за АСН

	експериментална		контролна група	
	фреквенција	%	фреквенција	%
а. Штом ги забележам симптомите.	56	74,7	45	93,8
б. Кога детето ќе наполни 3 години.	18	24,0	3	6,3
г. По 6 години.	1	1,3	0	0,0
Вкупно	75	100,0	48	100,0

Петтото прашање од прашалникот за матични лекари, кое гласи: *Дали имате пациенти кои се дијагностицирани со АСН*, со понудени одговори: **а. Да; б. Не; в. Ако одговорот е да, на која возраст е поставена дијагнозата?**, по својата содржина освен квантитативни нуди и вредности кои се изразени квалитативно. Истите се запишани во табелата бр. 109.

Табела бр. 109: Исказ на матичните лекари за возраста на која е поставена дијагнозата АСН

Возраст (години)	2	3	4	5	6	7	8	10	16	17	18	33
Вкупно	9	13	16	17	4	2	3	1	1	1	1	1
Проценти	13	18,8	23,1	24,6	5,8	2,9	4,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4

Понудени квалитативни одговори се: **Во детска возраст; Рана возраст; Се водат како деца со пречки во развојот.**

Од вкупно 77 испитаници кои позитивно одговориле на прашањето, т.е. со одговорот: **Да**, 72 испитаници дале дополнителен одговор поврзан со возраста на која е поставена дијагнозата. Пет (5) испитаници успеале да го заобиколат одговорот и го затвориле прашалникот без на истото да одговорат.

И покрај тоа што вкупниот број на испитаници е лимитиран во однос на вкупниот број на матични лекари кои работат со педијатриски пациенти, но и поради отсуството на национален регистар на лица со АСН во нашата држава, резултатите несомнено водат до заклучокот дека најголем дел од децата ја пропуштаат можноста навреме да бидат упатени на дијагностичка опсервација и да добијат можност да бидат вклучени во рана интервентна програма наменета за АСН. Она што е евидентно, а за што говорат и процентите изразени погоре, е возраста од 5 години кога најчесто се поставува дијагнозата. Имено, овој период е предвиден за транзиција на детето од градинка во училиште. Во тие услови поставувањето дијагноза е неопходност која оди во прилог или на пролонгирање на почетокот на основното образование или на остварување на правото за образовен асистент или на поддршка преку индивидуална образовна програма.

11. Хипотези

X1. Се претпоставува дека возраста на давателите на услуги и искуството во професијата се асоцирани со нивото на стручни компетенции во прилог на детекција и соодветна поддршка на развојот на децата со АСН во инклузивни услови за експерименталната и контролната група.

X1.1. Возраста на воспитувачите и негувателките и стручните компетенции во прилог на детекција на АСН (табела бр. 110).

Табела бр. 110: Возраста на воспитувачите/негувателките и стручните компетенции во прилог на детекција на АСН

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Возраст	Вредност	df	p	Возраст	Вредност	df	p
Pearson X ² тест	11.361 ^a	12	0.498	Pearson X ² тест	9.671 ^a	9	0.378
Големина на примерок (N)	987			Големина на примерок (N)	155		

Приложените резултати водат кон констатација за отсуство на асоцијација на возраста на воспитувачите/негувателките и нивните стручни компетенции во прилог на рана детекција на АСН. Поради овие причини хипотезата се отфрла.

X1.2. Работното искуство на воспитувачите и негувателките и стручните компетенции во прилог на детекција на АСН (табела бр. 111).

Табела бр. 111: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и стручните компетенции во прилог на детекција на АСН

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Работно искуство	Вредност	df	p	Работно искуство	Вредност	df	p
Pearson X ² тест	20.297 ^a	12	0.062	Pearson X ² тест	10.180 ^a	12	0.600
Големина на примерок (N)	987			Големина на примерок (N)	155		

Резултатите од асоцијацијата на работното искуство со компетенциите за рана детекција на АСН укажуваат на отсуство на статистички значајна асоцијација на работното искуство на воспитувачите/негувателките со компетенциите за детекција. Тоа значи дека и хипотезата за корелација на работното искуство со стручните компетенции во прилог на рана детекција се отфрла.

X1.3. Возраста на воспитувачите и негувателките и стручните компетенции во прилог на работа со деца со АСН во градинките (табела бр. 112).

Табела бр. 112: Возраста на воспитувачите/негувателките и стручните компетенции во прилог на работа со дете со АСН во инклузивни услови

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Возраст	Вредност	df	p	Возраст	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	30.646 ^a	12	0.002	Pearson χ^2 тест	9.584 ^a	6	0.143
Големина на примерок (N)	987			Големина на примерок (N)	155		

Добиените резултати укажуваат на отсуство на единство на добиените резултати. Испитаниците од експерименталната група укажуваат на асоцираност на двете варијабли, што не е случај за контролната група испитаници. Поради ова, хипотезата за асоцираноста на работното искуство со компетенциите за работа со деца со АСН делумно се прифаќа.

X1.4. Работното искуство на воспитувачите и негувателките и стручните компетенции во прилог на работа со деца со АСН во градинките (табела бр. 113).

Табела бр. 113: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и стручните компетенции во прилог на работа со дете со АСН во инклузивни услови

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Работно искуство	Вредност	df	p	Работно искуство	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	10.914 ^a	12	0.536	Pearson χ^2 тест	5.987 ^a	8	0.649
Големина на примерок (N)	987			Големина на примерок (N)	155		

Резултатите од експерименталната и контролната група укажуваат на отсуство на асоцијација на работното искуство во професијата со компетенциите во прилог на потребите за развој на дете со АСН кое посетува градинка, па затоа хипотезата се отфрла.

X2. Се претпоставува дека возраста и искуството во професијата не влијаат на ставот на воспитувачите и негувателките за потребата за формално и неформално стручно усовршување за детекција и работа со деца со АСН во инклузивни услови во градинките за експерименталната и контролната група.

X2.1. Возраста на воспитувачите и негувателките не влијае на ставот на воспитувачите и негувателките за потребата за формално и неформално стручно усовршување за детекција и работа со деца со АСН (табела бр. 114).

Табела бр. 114: Возраста на воспитувачите/негувателките и ставот за задолжително воведување на наставен предмет Методика на работа со деца со АСН на педагошките факултети

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Возраст	Вредност	df	p	Возраст	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	13.311 ^a	12	0.347	Pearson χ^2 тест	10.561 ^a	9	0.307
Големина на примерок (N)	987			Големина на примерок (N)	155		

Хипотезата за возраста на воспитувачите/негувателките како фактор на влијание на презентираниот став за потребата од стручно усовршување се прифаќа, затоа што резултатот не укажува на присутна асоцијација на двете варијабли.

X2.2. Работното искуство на воспитувачите и негувателките не влијае на ставот на воспитувачите и негувателките за потребата за формално и неформално стручно усовршување за детекција и работа со деца со АСН (табела бр. 115).

Табела бр. 115: Работното искуство на воспитувачите/негувателките и ставот за задолжително воведување на наставен предмет Методика на работа со деца со АСН на педагошките факултети

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Работно искуство	Вредност	df	p	Работно искуство	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	33.289 ^a	12	< 0.001	Pearson χ^2 тест	13.766 ^a	12	0.316
Големина на примерок (N)	987			Големина на примерок (N)	155		

Експерименталната група укажува на асоцијација на работното искуство на воспитувачите/негувателките со презентираниот став за потребата за формално и неформално стручно усовршување, а во прилог на детекција и работа со деца со АСН, но тоа не е случај и со резултатите добиени во контролната група. Затоа, хипотезата која оди во прилог на тоа дека работното искуство во професијата не е фактор на влијание на презентираниот став на воспитувачите/негувателките за задолжително воведување на наставниот предмет *Методика на работа со деца со аутизам и слични состојби* делумно се прифаќа.

Х3. Се претпоставува дека давателите на услуги во градинка поради лимитираните стручни компетенции за детекција и соодветен одговор на потребите на децата со АСН покажуваат пониско ниво на инклузивна сензитивност за работа со деца со АСН за експерименталната и контролната група (табела бр. 116).

Табела бр. 116: Стручните компетенции во прилог на работа со дете со АСН и ставот на воспитувачите/негувателките за формата на учество во планирањето и реализацијата на развојната програма за дете со АСН

		а.	б.	в.	г.	вкупно	
а. Недоволно.	Број	142	63	99	144	448	
	%	31,7 %	14,1 %	22,1 %	32,1 %	100,0 %	
б. Делумно.	Број	174	76	54	109 _а	413	
	%	42,1 %	18,4 %	13,1 %	26,4 %	100,0 %	
в. Доволно.	Број	50	22	11	24	107	
	%	46,7 %	20,6 %	10,3 %	22,4 %	100,0 %	
г. Многу.	Број	11	2	5	1	19	
	%	57,9 %	10,5 %	26,3 %	5,3 %	100,0 %	
Вкупно	Број	377	163	169	278	987	
	%	38,2 %	16,5 %	17,1 %	28,2 %	100,0 %	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Работно искуство	<i>Вредност</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Работно искуство	<i>Вредност</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Pearson X ² тест	36651	9	P < 0.001	Pearson X ² тест	13.480	6	0,036
Големина на примерок (N)	987			Големина на примерок (N)	155		

Легенда за табела бр.110: а. да, задолжително; б. само во реализацијата, но не и во планирањето на активностите; в. ниту во реализацијата ниту во планирањето, тоа треба да е задача на другите стручни профили вработени во градинката; г. да е поддршка на реализацијата на развојната програма, но директно да не учествува во реализација на истата.

Добиените резултати од експерименталната група за Персон $\chi^2 = 36.651$ ($p < 0,001$) и за Персон $\chi^2 = 13.480$ ($p = 0,036$) за контролната група. Резултатите одат во прилог на хипотезата и истата се прифаќа.

Хипотези од категоријата родители

Х4. Се претпоставува дека возраста, образовниот статус на родителите и вкупниот број на деца во семејството се фактори за детекција на состојби од аутистичниот спектар на нарушувања за експерименталната и контролната група.

Х4.1. Возраста на родителите – фактор за детекција на АСН и нивното знаење за презентираниот однесување на лицата со АСН (табела бр. 117).

Табела бр. 117: Возраста на родителите и нивното знаење за однесување кое најдобро опишува дете со аутизам

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Возраст	вредност	df	p	Возраст	вредност	df	p
Pearson X ² тест	63.282 ^a	32	< 0.001	Pearson X ² тест	54.387 ^a	32	0.008
Големина на примерок (N)	3 442			Големина на примерок (N)	829		

Х4.2. Образовниот статус на родителите – фактор за детекција на АСН преку знаење за презентираното однесување на лицата со АСН (табела бр. 118).

Табела бр. 118: Образовниот статус на родителите и нивното знаење за однесување кое најдобро опишува дете со аутизам

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Образовен статус	вредност	df	p	Образовен статус	вредност	df	p
Pearson X ² тест	201.502 ^a	40	< 0.001	Pearson X ² тест	74.575 ^a	24	< 0.001
Големина на примерок (N)	3 442			Големина на примерок (N)	829		

Х4.3. Бројот на деца во семејството – фактор за детекција на АСН преку знаење на родителите за презентираното однесување на лицата со АСН (табела бр. 119).

Табела бр. 119: Бројот на деца во семејството и знаење на родителите за однесување кое најдобро опишува дете со аутизам

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Број на деца	вредност	df	p	Број на деца	вредност	df	p
Pearson X ² тест	72.588 ^a	24	< 0.001	Pearson X ² тест	45.782 ^a	24	0.005
Големина на примерок (N)	3 442			Големина на примерок (N)	829		

Хипотезата дека возраста на родителите, нивниот образовен статус и вкупниот број на деца во семејството е асоцирана со знаењата на родителите за однесување кое најдобро опишува дете со аутизам се прифаќа.

Х5. Се претпоставува дека постојат разлики во ставот на родителите за статусот на професијата воспитувач кои се детерминирани од социокултурните услови во кои

живее/егзистира семејството во рамки на експерименталната група (прашалници на македонски во однос на прашалници на албански јазик).

X5.1. Став на родителите поврзан со добиената препорака детето да се упати на дополнителна проценка од повеќе стручни профили од градинката за македонскиот и албанскиот дел од експерименталната група (табела бр. 120).

Табела бр. 120: Ставот на родителите (македонски и албански примерок во експерименталната група) за сериозноста на дадената препорака детето да се упати на дополнителна проценка зависно од стручниот профил од градинката од која доаѓа препораката

		а.	б.	в.	г.	д.	ѓ.	Вк.
а. Воспитувачот.	Број	2	6	3	0	1	5	17
	%	11,8 %	35,3 %	17,6 %	0,0 %	5,9 %	29,4 %	100 %
б. Дефектологот/логопедот во градинката.	Број	7	18	7	5	0	28	65
	%	10,8 %	27,7 %	10,8 %	7,7 %	0,0 %	43,1 %	100 %
в. Психологот/педагогот во градинката.	Број	3	3	2	1	0	7	16
	%	18,8 %	18,8 %	12,5 %	6,3 %	0,0 %	43,8 %	100 %
г. Матичниот лекар.	Број	3	2	0	0	0	3	8
	%	37,5 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	37,5 %	100 %
д. Никој од посочените.	Број	0	0	0	0	1	2	3
	%	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	66,7 %	100 %
ѓ. Секој од погоре посочените.	Број	17	73	18	10	2	141	261
	%	6,5 %	28,0 %	6,9 %	3,8 %	0,8 %	54,0 %	100 %
Вкупно	Број	32	102	30	16	4	186	370
	%	8,6 %	27,6 %	8,1 %	4,3 %	1,1 %	50,3 %	100 %
Pearson X² тест	вредност	57.972			df 25		p < 0,001	

Добиениот резултат, кој е производ на обезбедената асоцијација на фреквенции на прашалниците на македонски со оние на албански јазик во рамки на експерименталната група, укажува на статистички значајна асоцијација на мислењата на родителите за прашањето: *Препораката да го упатите детето на дополнителна проценка ќе ја сфатите сериозно и ќе ја прифатите доколку истата доаѓа од...* во делот на презентираниите одговори од двете групи родители (Персон X² = 57.972, т.е. p < 0,001), што покажува дека нема значителни разлики во презентираниите ставови на двете групи.

X5.2. Став на родителите поврзан со мислењето дали воспитувачот ги поседува потребните компетенции за да одговори на потребите на дете со аутизам (табела бр. 121).

Табела бр. 121: Став на македонскиот и албанскиот примерок на родители (експерименталната група) за тоа дали воспитувачот ги поседува потребните стручни компетенции за да одговори на потребите на дете со аутизам

	Вредност	df	p
Pearson χ^2 тест	126.939 ^a	9	< 0.001
Големина на веродостоен примерок (N)	370		

Добиениот резултат кој е производ на обезбедената асоцијација на фреквенции на прашалниците на македонски со оние на албански јазик во рамки на експерименталната група не укажува на статистички значајна разлика на мислењата на родителите за прашањето: *Дали мислите дека воспитувачот ги поседува потребните стручни компетенции за да одговори на потребите на дете со аутизам?* во делот на презентираниите одговори од двете групи родители, што покажува дека нема значителни разлики во презентираниите ставови на двете групи.

X5.3. Став на родителите за тоа кој треба да ги реализира активностите кои се во прилог на развој на дете со аутизам.

Добиениот резултат кој е производ на обезбедената асоцијација на фреквенции на прашалниците на македонски со оние на албански јазик во рамки на експерименталната група укажува на статистички значајни разлики во ставовите/мислењата на родителите за прашањето: *Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со аутизам?* (Персон $\chi^2 = 1,367$ или $p = 0,850$). Презентираниите одговори од двете групи родители покажуваат дека се евидентни разликите во изразените родителски ставови за посоченото прашање (табела бр. 122).

Табела бр. 122: Став на македонскиот и албанскиот примерок на родители (експерименталната група) за тоа кој би требало да ги реализира активностите во прилог на развој на дете со аутизам

		а.	б.	в.	Вкупно
а. Воспитувачот/негувателот.	Број	0	3	9	12
	%	0,0 %	25,0 %	75,0 %	100,0 %
б. Дефектологот/логопедот.	Број	2	10	46	58
	%	3,4 %	17,2 %	79,3 %	100,0 %
в. И воспитувачот и дефектологот.	Број	16	57	227	300
	%	5,3 %	19,0 %	75,7 %	100,0 %
Вкупно	Број	18	70	282	370
	%	4,9 %	18,9 %	76,2 %	100,0 %
Pearson χ^2 тест	вредност 1.367	df 4		p < 0.850	

Хипотези од категоријата матични лекари

Х6. Возраста на матичните лекари е асоцирана со дијагностичката претпоставка за АСН за експерименталната и контролната група (табела бр. 123).

Табела бр. 123: Возраста на матичните лекари и стручните компетенции во прилог на рана дијагностика

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
возраст	вредност	df	p	возраст	вредност	df	p
Pearson X ² тест	8.868 ^a	12	0.714	Pearson X ² тест	13.482 ^a	15	0.565
Големина на примерок (N)	75			Големина на примерок (N)	48		

Хи квадрат тестовите даваат увид за отсуството на асоцијација на возраста на матичните лекари и нивните стручни компетенции во прилог на рана дијагностика на АСН за експерименталната и контролната група. И покрај разликите кои се однесуваат на возраста на примероците од двете групи, повеќе од евидентно е дека истата не влијае на компетентноста на матичниот лекар во прилог на рана дијагностика.

Според тоа, хипотезата се отфрла.

Х7. Стручните компетенции на матичните лекари поврзани со основано сомнение кое оди во прилог на рана дијагностика зависат од работното искуство на матичниот лекар, но не и знаењата за терминот рана интервенција, како и ефектите од истата кои не зависат од работното искуство на матичните лекари за експерименталната и контролната група.

Х7.1. Стручните компетенции на матичните лекари во прилог на рана дијагностика во корелација со работното искуство во професијата (табела бр. 124).

Табела бр. 124: Работното искуство на матичните лекари и стручните компетенции во прилог на рана дијагностика

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Работно искуство	вредност	df	p	Работно искуство	вредност	df	p
Pearson X ² тест	28.303 ^a	12	0.005	Pearson X ² тест	14.543 ^a	9	0.104
Големина на примерок (N)	75			Големина на примерок (N)	48		

Стручните компетенции на експерименталната група се асоцирани со работното искуство во професијата, што не е случај и со контролната група испитаници. Секако, разликите во презентираниите резултати може да се должат и на евентуалните разлики кои се однесуваат на работното искуство во професија за експерименталната и контролната група поради отсуство на еднаквост на пропорции за независната варијабла. Затоа, хипотезата делумно се прифаќа.

X7.2. Работното искуство во професијата на матичните лекари не ги детерминира знаењата на матичните лекари за возраста од која се спроведува раната интервенција кај аутизмот (табела бр. 125).

Табела бр. 125: Работното искуство на матичните лекари и нивното знаење за рана интервенција кај аутизам

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Работно искуство	вредност	df	p	Работно искуство	вредност	df	p
Pearson X ² тест	8.877 ^a	8	0.353	Pearson X ² тест	9.170 ^a	6	0.164
Големина на примерок (N)	75			Големина на примерок (N)	48		

Работното искуство на матичните лекари не е во асоцијација со нивните знаења за возраста од која почнува да се спроведува раната интервенција. Оттука, хипотезата се прифаќа.

X7.3. Работното искуство во професијата не е фактор на влијание на ставот/мислењето на матичните лекари за ефектите од раната интервенција кај аутизмот (табела бр. 126).

Табела бр. 126: Работното искуство на матичните лекари и нивното знаење за ефектите од раната интервенција кај аутизмот

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА				КОНТРОЛНА			
Работно искуство	вредност	df	p	Работно искуство	вредност	df	p
Pearson X ² тест	11.086 ^a	12	0.522	Pearson X ² тест	12.164 ^a	9	0.204
Големина на примерок (N)	75			Големина на примерок (N)	48		

Хипотезата за отсуство на влијание на работното искуство на матичните лекари врз презентираниот став за ефектите од раната интервенција се прифаќа.

Х8. Се претпоставува дека евентуално присутните предрасуди во убедувањето се резултат на социокултурните услови во кои живее/егзистира матичниот лекар.

Табела бр. 127: Став за тоа дали формуларот за прием во градинка е соодветен и дали истиот треба да содржи дополнителни информации (албански примерок на матични лекари)

		а. Да.	б. Не.	Вкупно
а. Недоволно.	Број %	0 0,0 %	5 100,0 %	5 100,0 %
б. Делумно.	Број %	0 0,0 %	4 100,0 %	4 100,0 %
в. Доволно.	Број %	1 50,0 %	1 50,0 %	2 100 %
Вкупно	Број %	1 9,1 %	10 90,9 %	11 100,0 %

Табела бр. 128: Проценка на доследност во развојот кај дете на возраст од 9 месеци при издавање потврда за прием во градинка и потреба од дополнување на формуларот за прием (албански примерок на матични лекари)

		а. Да.	б. Не.	Вкупно
а. Недоволно.	Број %	0 0,0 %	4 100,0 %	4 100,0 %
б. Делумно.	Број %	1 16,7 %	5 83,3 %	6 100,0 %
в. Доволно.	Број %	0 0,0 %	1 100,0 %	1 100,0 %
Вкупно	Број %	1 9,1 %	10 90,9 %	11 100,0 %

Табела бр. 129: Став за тоа дали формуларот за прием во градинка е соодветен и дали истиот треба да содржи дополнителни информации (контролна група матични лекари)

		а. Да.	б. Не.	Вкупно
а. Недоволно.	Број %	11 84,6 %	2 15,4 %	13 100,0 %
б. Делумно.	Број %	25 100,0 %	0 0,0 %	25 100,0 %
в. Доволно.	Број %	7 87,5 %	1 12,5 %	8 100,0 %
г. Многу.	Број %	2 100,0 %	0 0,0 %	2 100,0 %
Вкупно	Број %	45 93,8 %	3 6,3 %	48 100,0 %

Табела бр. 130: Проценка на доследност во развојот кај дете на возраст од 9 месеци при издавање потврда за прием во градинка и потреба од дополнување на формуларот за прием (контролна група матични лекари)

		а. Да.	б. Не.	Вкупно
а. Недоволно.	Број	14	1	15
	%	93,3 %	6,7 %	100,0 %
б. Делумно.	Број	22	1	23
	%	95,7 %	4,3 %	100,0 %
в. Доволно.	Број	8	1	9
	%	88,9 %	11,1 %	100,0 %
г. Многу.	Број	1	0	1
	%	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Вкупно	Број	45	3	48
	%	93,8 %	6,3 %	100,0 %

Резултатите во прилог укажуваат на предрасуди во убедувањето кај албанскиот примерок на матични лекари поради отсуството на очекуваната асоцијација како онаа кај контролната група матични лекари.

Хипотези од категоријата центри за рана стимулација на раст и развој

Х9. Се претпоставува дека центрите за рана стимулација на раст и развој нудат лимитирани услуги во делот на рана интервенција кај АСН.

Табела бр. 131: Понуда на рани интервентни програми кај аутизам

Бр.	Рана интервентна програма	Да	Изразено во %
1.	Применета бихевиорална анализа.	4	40 %
2.	DTT (Describe trial training).	2	20 %
3.	Рана интензивна бихевиорална интервенција.	3	30 %
5.	Вербална бихевиорална интервенција.	3	30 %
6.	Учење на спонтан одговор.	6	60 %
7.	DIR/FLOOR TIME.	9	90 %
9.	Музикотерапија.	7	70 %
10.	Сензорна интеграција.	10	100 %
11.	Окупациона терапија.	10	100 %
12.	Психотерапија.	3	30 %
13.	Логопедски третман.	10	100 %
14.	Когнитивно-бихевиорален третман.	5	50 %
15.	Неурофидбек.	6	60 %
18.	Друго.	7	70 %

Во делот **Друго** дури седум (7) од десет (10) центри изјавија дека имаат надворешна соработка со невропсихијатри и професори со потесна специјалност во аутизмологијата и понуда на психомоторна реедукација во делот на интегрирањето рефлексии.

Врз основа на компетенциите кои одат во прилог на програмите кои ги користат за неурофидбек, сите центри го поседуваат потребниот сертификат. Само еден (1) од девет (9) центри каде што се применува DIR/floor time има сертификат за мината едукација за оваа програма. Ниту еден од центрите не пријави лиценциран сензорен терапевт ниту, пак, даде увид за тоа според која методологија се спроведува сензорната терапија. Три (3) од центрите каде што се практикува АВА изјавија дека користат сегменти од методологијата, но не и дека поседуваат потребна лиценца во прилог на соодветно практикување на истата.

Добиената информација за динамиката на спроведување на програмата укажува на бројни разлики кои не зависат единствено од потребите на детето, туку и од буџетот на семејството. Така, дел од децата ги користат услугите 2 до 3 пати неделно во траење од 30 до 45 минути, па до еден час.

Спроведувањето на интервју, преку кое се обезбедени податоците од листите за проверка (чек-листите), има за цел преку користење дескриптивен метод да даде увид во понудата на рани интервентни програми применливи кај АСН.

V. ДИСКУСИЈА

Анализите кои се однесуваат на категоријата воспитувачи/негувателки како фактор за рана детекција, а поврзани со нивните компетенции во прилог на детекција на АСН, покажуваат дека 9 % од вкупниот примерок поседува недоволно, 44 % делумно, 42 % доволно и 4 % многу компетенции во прилог на детекција на АСН.

Генерално, овие компетенции подразбираат знаења за АСН и за однесувањето на лицата со аутизам, но се во асоцијација и со индивидуалните капацитети на воспитувачите соодветно да го идентификуваат опсервираното однесување на детето во повеќе различни контексти од секојдневното функционирање во градинка. Не помалку важна е и личната ефикасност на воспитувачот која се однесува на користените стратегии, методите и формите во работењето, а кои се во прилог на детекција на АСН.

Секако, останува дилемата дали компетенциите во прилог на детекција на АСН се однесуваат и на сензитивноста во детектирањето деца со високо функционален аутизам или истите остануваат забележани од средината како разгалени или, пак, хиперактивни деца (170).

Генерално, учителските познавања за аутизам во голема мера зависат од достапните едукации, практичното искуство, но и од присуството или отсуството на системски решенија кои се фактори кои ги детерминираат, т.е. условуваат компетенциите на воспитувачите и негувателките (171).

Македонскиот примерок на воспитувачи, со 94 % од вкупниот примерок, проценува неопходност за обезбедување едукации за потребите на процесот на инклузија.

Секако, постојат разлики кои се однесуваат на презентираниот став на примерокот за формата преку која профилот на идниот воспитувач треба да се здобие со потребното знаење, па така дури 57 % од испитаниците од оваа категорија сметаат дека тоа треба да е преку задолжителен наставен предмет кој ќе се изучува во рамките на формалното образование, 13 % сметаат дека едукациите треба да се дел од неформалното образование, а 18 % од испитаниците сметаат дека тоа треба да е изборно. Само 2 % од вкупниот број испитаници сметаат дека нема потреба од изучување на таков наставен предмет. Секако, доколку се погледне одделно во изјавите на воспитувачите/негувателките кои го пополниле прашалникот на албански јазик, она што може да се забележи е дека дури 70 % од овој примерок сметаат дека наставниот

предмет *Методика на работа со деца со аутизам и слични состојби* треба да се изучува како задолжителен предмет во рамките на формалното образование. Многу веројатно е дека разликите во процентите на контролната група и експерименталната во делот на албанскиот примерок се должат на разликите во возраста на испитаниците кои кај албанскиот примерок во категоријата од 36 до 45 години се застапени со 54 %, наспроти 39 % кај контролната група за истата категорија и категоријата од 46 до 55 години застапени со 14 %, наспроти 41 % кај контролната група. Секако, освен разликите според возраста, овие две групи се разликуваат и според годините искуство во професијата, и тоа доминантно за категориите: искуство помало од 5 години – 43 %, наспроти 25 % и искуство од 5 до 10 години – 21 %, наспроти 31 %, албански примерок наспроти контролна група.

Она што не смее да изостане е и неопходното стручно усовршување и на негувателките кои имаат работен ангажман во јаслените групи, затоа што овие компетенции на персоналот одат во прилог на откривање на раните знаци на АСН преку увид и следење на развојот, што се услов и фактор за рано отпочнување на третманот (172).

Секако, постојат и бројни разлики кои се однесуваат на достапноста на обуки за подобрување на компетенциите на персоналот во прилог на рана детекција на АСН, како што се: посетувањето на градинката е незадолжително, доминантна дејност на установата е згрижувачката (а потоа образовната), достапноста на обуки зависи од менаџерските способности на раководното тело на градинката и достапните финансии.

Споредено со училиштата, воспитувачите се далеку поограничени во можноста за стручно доусовршување за потребите на инклузијата која како за училиштата така и за градинките е обигаторна, од причина што образованието е задолжително по закон. Оттука, многу веројатно и очекувано е наставниците да поседуваат повисоко ниво на презентирани компетенции во прилог и за потребите на инклузијата на децата со аутизам во однос на воспитувачите/негувателките (173).

Најголем дел од примерокот воспитувачи/негувателки укажува на знаење за возраста на која почнува раната интервентна програма, и тоа 85 % за возраст од 2 до 3 години. Кај контролната група овој процент изнесува 81 %, наспроти 88 % кај експерименталната, но постои расејување на примерокот во делот на дадените одговори кои се однесуваат на ефектите од раната интервенција, па така 2 % одговориле со недоволно, 31 % со делумно, 42 % со доволно и 25 % со многу.

Од вкупниот примерок воспитувачи и негувателки, 79 % точно дефинираат што е аутизам, а процентот на оние кои точно одговориле на прашањето за однесување кое најдобро опишува лице со аутизам е нешто помал и изнесува 72 %.

Знаењето на воспитувачите како релевантен показател за инклузивната сензитивност која ја покажуваат воспитувачите/негувателките е неопходност на новото време и реална потреба на сите воспитувачи/негувателки, а не само на оние кои имаат специјален тренинг преку кој се здобиле со специфични вештини како потесна специјалност. Секако, истите се фактори за подготвеноста на воспитувачот соодветно да одговори на потребите на детето со АСН и да се соочи со секојдневните предизвици и бихевиоралните проблеми, иритабилноста или предизвикувачкото однесување. Претходното практично искуство е фактор за воспитувачот да се здобие со стручни компетенции во прилог не само за детекција туку и за работа со деца со АСН во инклузивни услови.

Воспитувачите и негувателките кои се дел од истражувачкиот примерок пријавиле 36 % недоволно компетенции за работа со деца со аутизам во инклузивни услови, 48 % пријавиле делумно компетенции за работа со деца со аутизам во инклузивни услови, 15 % доволно компетенции, а само 1 % многу компетенции за работа со деца со АСН во инклузивни услови.

Секако, реална дилема е соодветното разбирање на концептот на инклузија, од причина што истиот ги подразбира стручните компетенции (стратегии, методи, форми, адаптации) во прилог на соодветен одговор на потребите за развој на детето со аутизам, но и негова активна партиципација во секојдневниот живот во градинката, во рамки на групата врсници, а базирано на желбите, интересите и можностите на детето. Ова, секако, не исклучува и познавање на алатки за справување со предизвикувачкото однесување на детето, што честопати станува и доминантно разбирање на терминот инклузија (174).

Ако, пак, на тоа се додаде мислењето за компетентноста на профилот за соодветен одговор на потребите за развој на дете со аутизам во инклузивни услови во градинка за спроведеното истражување, истиот е одбележан со 46 % недоволно компетенции, 41 % делумно компетенции и само 11 % доволно компетенции.

Спроведените и достапни истражувања кои се занимаваат со компетенциите на учителите во прилог на соодветен одговор на потребите на децата со АСН во инклузивни услови укажуваат на лимитираност на овие компетенции и покрај подготвеноста на профилот соодветно да одговори на потребите за развој на оваа

категорија деца, што е одбележано со ограничувања, токму поради отсуството или лимитираноста на потребните компетенции на работниот профил (175, 176).

Секако, од стручните компетенции на примерокот зависи и подготвеноста за соработка со давателите на услуги, учеството во планирањето и реализацијата на програмата наменета за детето со АСН, но и соработката која учителите ја остваруваат со родителите на детето со аутизам, но и со сите останати родители од групата деца со која работат.

Изразено во проценти, 48 % од вкупниот број испитаници покажале подготвеност да бидат дел од тимот кој спроведува рана интервенција кај дете кое посетува градинка, 40 % одговориле негативно, со аргумент дека воспитувачот/негувателката делува во согласност со можностите, секојдневно, како дел од својата работа. Но, 12 % како аргумент за својот негативен одговор го посочиле отсуството на финансиски надоместок за ангажманот.

Резултатите за соработката која воспитувачите/негувателките ја остваруваат со родителите, укажуваат на меѓусебна соработка за потребите за развој на детето со АСН и единство во делувањето, и тоа 65 % од вкупниот примерок испитаници, 17 % соработка во насока на споделување информации за здравствената состојба на детето и за земање лекови, 12 % соработка која ги вклучува и останатите родители, а 5 % од испитаниците немаат време да ја остварат таа соработка поради работните обврски на профилот.

Резултатите од истражувањето укажуваат и на формата на соработка со родителите на детето со АСН, а која отпочнува со споделување на дијагнозата. Најчесто застапена причина за споделување на дијагнозата АСН за воспитувачите е можноста за вклучување на стручните служби, и тоа со 47 % од вкупниот број испитаници и 38 % за креирање услови за развој на детето соодветно на неговите можности.

Возраста и работното искуство на воспитувачите/негувателките не влијаат врз капацитетот на воспитувачот да забележи одредено развојно отстапување и за истото да ги информира родителите, но затоа фактор на влијание е учителскиот капацитет во прилог на рана детекција. Изразено во проценти, 65 % од испитаниците одговориле со **да**, односно дека без исклучок со родителите треба да споделат информација за забележана развојна недоследност, 19 % одговориле со **не**, поради аргументот незаинтересираност на родителите, 12 % одговориле со **не**, поради негативната реакција на родителите, но и 4 % со одговор **не**, поради стравот од можната реакција на родителите.

Она што, секако, е интересно се разликите кои се однесуваат на подготвеноста на експерименталната и контролната група, во рамки на истражувачкиот примерок воспитувачи и негувателки, со родителите да споделат информација за констатирана развојна недоследност, која за експерименталната група изнесува 68 %, а за контролната 44 %. Многу веројатно истото се должи на фактот што експерименталната група има процентуално подобри компетенции за детекција и за работа со деца со АСН, но и поголемо учество на едукации поврзани со темата, иако не смее да изостане и претпоставката дека и разликите во возраста на испитаниците и работното искуство во професијата се фактори за разликите во презентираниите ставови на двете групи.

Секако, реални се и разлики во изнесеното за формата на учество во планирањето и реализацијата на развојната програма наменета за дете со АСН кое е вклучено во воспитно-образовниот и згрижувачкиот процес. Изразено во проценти, 37 % од вкупниот број испитаници одговориле позитивно, т.е. со одговор кој оди во прилог на нивна вклученост во планирањето и реализацијата, но не е мал и процентот на оние кои сметаат дека треба да бидат поддршка, но не и да учествуваат во директната реализација на програмата, и тоа 29 %. 16 % од воспитувачите/негувателките се со став дека треба да учествуваат единствено во реализацијата, а 18 % сметаат дека не треба да се вклучени ниту во планирањето ниту во реализацијата на активностите кои подразбираат активно вклучување и партиципација на детето со АСН во активностите со останатите деца во групата. Она што е евидентно во делот на презентираниите резултати се однесува на помала подготвеност на контролната група, односно на воспитувачите/негувателките од општина Аеродром да се вклучат директно во планирањето и реализацијата на активностите наменети за дете со АСН отколку испитаниците од експерименталната група. Споредено со резултатите кои се однесуваат на практичното искуство со дете со АСН, контролната група покажува резултат од 68 %, наспроти 61 % практично искуство кај експерименталната група.

Она што, секако, е во корелација со подготвеноста на воспитувачите да се вклучат и да учествуваат во планирањето и реализацијата на активностите за дете со АСН се нивните стручни компетенции за работа со дете со АСН во инклузивни услови. Така, недоволно компетенции за работа со дете со АСН имаат 35 % од испитаниците од експерименталната во однос на 47 % од испитаниците од контролната група; делумно компетенции за работа со дете со АСН имаат 47 % од експерименталната, наспроти 49 % од контролната група испитаници; а доволно компетенции имаат 16 % од експерименталната, наспроти 10 % од контролната група испитаници. Ниту една од

групите не се изјаснила дека поседува многу стручни компетенции за да одговори на потребите на инклузија на дете со АСН.

Вкупниот истражувачки примерок родители укажува на доволни познавања за развојните текови за првите шест години од животот на своето дете, и тоа со 64 %, 16 % на многу познавања, 18 % на делумни познавања, а само 2 % на недоволни познавања. Родителските познавања за развојните текови во првите години од животот на детето, како и ставовите, користените практики, бариерите, но и олеснувачите, а во прилог на користење ефективни стратегии во раниот детски развој, во голема мера зависат од достапните сервиси кои ги подготвуваат родителите за одговорно родителство, што, секако, не ги исклучува и достапните информации преку интернет-технологиите (177).

Во помалку развиените земји родителите имаат недоволни познавања за развојните текови, иако мајките покажуваат нешто повисоко ниво на познавања, од кои најголем дел се однесуваат на моторниот развој, а најмалку на емотивниот (178).

Секако, во поддршка и прилог на родителските компетенции за развојните текови е соодветно проследената информација за развојните очекувања соодветни на возраста кои воспитувачите ги споделуваат со родителите. Истражувачкиот примерок родители пријавува дека 43 % од нив добиле доволно информации од страна на воспитувачите, 17 % одговориле дека добиле многу информации, 15 % недоволно, а 25 % делумно информации од воспитувачите.

Во врска со знаењата на родителите за тоа што е аутизам и кое однесување најдобро опишува дете со аутизам, како дел од истражувањето, 75 % од вкупниот примерок на родители информираат дека поседуваат знаења за аутизмот и успешно го дефинираат, иако вкупниот резултат за однесување кое најдобро опишува дете со АСН е помал и истиот изнесува 59 %.

Секако, помалку развиените земји укажуваат на посиромашни знаења на родителите за аутизмот кои доминантно се производ на практичното искуство (179). Истражувањата кои се занимаваат со компаративна анализа на знаењата на родителите во земји кои се различно уредени (културолошки, демографски, економски) посочува на разлики во знаењата на родителите за АСН (180).

И покрај тоа што во истражувањето не е направена анализа за влијанието на практичното искуство на родителите врз нивните знаења за аутизам, 76 % од родителите изјавиле дека немале претходно искуство со дете со аутизам, 20 % позитивно се изјасниле на истото прашање, а 4 % не знаат дали имале такво искуство.

Во рамки на истражувањето, родителскиот став во поглед на инклузијата на децата со АСН посочува на 4 % недоволно, 22 % делумно, 31 % доволно и 43 % многу, во поддршка на инклузијата на деца со АСН. Инклузивната сензитивност на родителите во голема мера зависи од тоа дали родителите имале претходно искуство со дете со аутизам од блиското опкружување или, пак, можеби како дел од потесното семејство (181, 182).

Од вкупниот примерок родители, 85 % идентификуваат дека од 2 до 3 години е возраста од која почнува да се практикува раната интервенција кај аутизмот, а 14 % изјавиле дека тоа е интервенција која се спроведува на возраст од 4 до 5 години.

Резултатите кои се одраз на мислењето на родителите за ефектите од раните интервентни програми се дистрибуирани на четири нивоа, и тоа: многу ефекти – 27 %, доволно – 41 %, делумно – 29 % и недоволно ефекти – 3 % .

Различните очекувања на родителите кои се однесуваат на ефектите од рана интервенција се повеќе од оправдани затоа што истите во голема мера зависат од хронолошката возраст на која почнува третманот, соодветен избор на третман на потребите на детето, времетраење на третманот, но и биолошки потенцијали на детето.

Дури 99 % од родителите сакаат да бидат информирани за забележана развојна недоследност кај своето дете од одговорниот воспитувач, а 88 % сериозно ќе ја сфатат добиената препорака и ќе го упатат детето на понатамошна дијагностика. 12 % од вкупниот примерок родители укажуваат дека добиената информација ќе ја земат со резерва затоа што воспитувачот не ги поседува потребните компетенции. Овој процент генерално се должи на изразениот став на албанскиот примерок родители од кои 25 % изразиле сомневање за учителските компетенции во прилог на препознавање развојна недоследност.

Од вкупниот примерок родители, 97 % одговориле дека би ја споделиле дијагнозата аутизам на своето дете со цел персоналот од градинката соодветно да одговори на неговите потреби.

Податоците кои се однесуваат на добиената препорака за родителите да го упатат своето дете на понатамошна дијагностика, а која доаѓа од различни стручни профили во градинката укажуваат на блиски вредности за македонскиот примерок од експерименталната и контролната група во однос на оние од албанскиот примерок во рамки на експерименталната група, кој 50 % (независно од стручниот профил) ќе ја земе сериозно добиената препорака за понатамошна дијагностика, а 28 %, ако истата доаѓа од логопедот или дефектологот во градинката. Резултатите од вкупниот примерок покажуваат дека родителите сериозно ќе ја сфатат препораката доколку доаѓа од кој

било од понудените стручни профили, и тоа 70 % и 14 %, ако препораката доаѓа од логопедот или дефектологот во градинката.

15 % од родителите оценуваат дека воспитувачите имаат недоволно компетенции за работа со деца со АСН, 42 % од родителите оценуваат дека воспитувачите имаат делумно компетенции за работа со деца со АСН, 37 % од родителите ја даваат оценката доволно, а само 6 % од родителите оценуваат дека воспитувачите имаат многу компетенции за работа со деца со аутизам во инклузивни услови. Добиениот резултат е далеку пооптимистичен од реалните компетенции кои ги пријавиле воспитувачите и негувателките, а се однесуваат на работата со деца со аутизам.

Дури 80 % од родителите сметаат дека активностите во инклузивни услови во градинка треба заедно да ги спроведуваат воспитувачот и дефектологот, 17 % се изјасниле за дефектологот и само 3 % за воспитувачот. Резултатите од презентираниот став на контролната група и македонскиот примерок од експерименталната група се многу блиски. Албанскиот примерок родители покажува разлики во повисок процент за ставот дека дефектологот треба да ги реализира овие активности со 29 %.

Знаењата, пак, на матичните лекари за АСН се асоцирани со нивното работно искуство, но и со практичното искуство во професијата.

Од вкупниот примерок на матични лекари, 63 % имаат пациенти со дијагноза АСН, а 37 % немаат, што соодветствува на вкупниот број пациенти кои тие ги испратиле на дијагностичка опсервација за аутизам. Во рамките на албанскиот примерок на матични лекари овој процент е нешто поголем и изнесува 73 %.

Секако, нивните познавања за аутизам се претставени со 83 %, иако 13 % од нив сметаат дека аутизмот е доминантно асоциран со проблемите поврзани со социјалните интеракции, што е само дел од предизвиците со кои се соочуваат лицата со аутизам.

Најголем дел од матичните лекари проценуваат дека детето може соодветно да се дијагностицира на возраст од 2 до 3 години (52 %), но не е мал и процентот на оние кои одговориле дека сигурна дијагностичка проценка може да се обезбеди на возраст од 4 до 5 години (42 %). Само 6 % од матичните лекари сметаат дека тоа е возраст од 6 до 8 години. Ваквиот став на матичните лекари поприлично ја лимитира можноста на детето за што порано отпочнување на третманот.

Поразителни се резултатите кои говорат за познавањето на матичните лекари на дијагностичките алатки за АСН, па само 7 % од матичните лекари ја посочиле точната. Дури 66 % укажуваат дека во понудените алатки ниту една не е алатка за дијагностика на аутизам.

Она што е интересно е фактот дека и воспитувачите и родителите имаат поголеми познавања за возраста од која започнува примената на раната интервентна програма за аутизам во однос на матичните лекари, кои одговориле дека примената на раната интервентна програма за аутизам започнува на возраст од 2 до 3 години, и тоа 67 %, 28 % одговориле дека истата започнува на возраст од 4 до 5 години, а 4 % дале исказ дека тоа е интервентна програма која се спроведува на возраст од 6 до 8 години.

Резултатот јасно посочува дека ставот на матичните лекари за возраста од која започнува раната интервенција е асоциран со нивниот претходно изразен став за возраста на која може да се направи точна дијагностичка проценка за аутизам.

Многу веројатно е дека презентираниите резултати за категоријата матични лекари го чинат вакуум-просторот од моментот кога родителите ги забележуваат првите знаци на развојна недоследност до добивањето дијагноза, но и вклучувањето во третман на детето со аутизам (184, 185).

Врз основа на ефектите од раната интервенција кај аутизам, 34 % од матичните лекари посочуваат на многу ефекти од раната интервенција, 36 % посочуваат на доволно ефекти од раната интервенција, 25 % посочуваат на делумно ефекти од раната интервенција, а само 5 % посочуваат на недоволно ефекти.

Во однос на компетенциите на матичните лекари, а во прилог на дијагностичка претпоставка за аутизам, истите укажуваат на 20 % недоволно компетенции, 51 % делумно, 25 % доволно, а само 3 % многу компетенции.

Добиените резултати се повеќе од очекувани затоа што стручните компетенции на лекарите, во прилог на дијагностичка претпоставка за аутизам, во голема мера зависат од поседувањето потесна специјалност, како и клиничко, практично или професионално искуство (186).

Секако, 82 % од матичните лекари би го испратиле детето на дијагностичка опсервација штом ги забележат симптомите, а 17 % по третата година.

Македонскиот примерок на матични лекари од експерименталната група презентира блиски ставови со контролната група матични лекари кои се однесуваат на споделувањето на дијагнозата АСН кај својот пациент со градинката каде што престојува, сè со цел персоналот да добие увид во состојбата на детето и соодветно да одговори на потребите на истото, и тоа со 96 %, што, а 27 % за истиот одговор кај албанскиот примерок матични лекари кои проценуваат дека со градинката треба да се споделат единствено информациите поврзани со алергија, земање медикаменти, но дури

36 % сметаат дека дијагнозата воопшто не треба да се сподели со градинката во која детето престојува.

Поприлично се блиски добиените резултати за групите матични лекари кои се однесуваат на соодветноста на формуларот кој го пополнува матичниот лекар за прием на детето во градинка. Нивниот став изразен во проценти за вкупниот примерок укажува на недоволно соодветен – 31 %, делумно соодветен – 50 %, доволно соодветен – 18 % и многу соодветен – 2 %.

Сличен на претходниот е и резултатот кој укажува на тоа со колкава точност матичните лекари можат да проценат доследност во моторниот развој, видот, слухот и алергиите кога издаваат потврда за упис во градинка на дете на возраст од 9 месеци, и тоа: 28 % во прилог на недоволно, 55 % во прилог на делумно, 15 % во прилог на доволно, 1 % во прилог на многу.

За потребата од менување и дополнување на формуларот кој го пополнува матичниот лекар, за прием на детето во градинка, укажува контролната група, како и македонскиот примерок на експерименталната група матични лекари, но не и албанскиот примерок, кој дијаметрално спротивно проценува дека формуларот не треба да се менува и покрај претходно изнесените ставови за неговата несоодветност.

Секако, доколку се погледне претходната изјава на албанскиот примерок матични лекари, а која се однесува на споделувањето на дијагнозата аутизам со градинката, што е дел и од законските обврски регулирани со Законот за детска заштита, повеќе од очигледни се присутните предрасуди во убедувањето кои доаѓаат од социокултурната средина, со потесна определба етникум.

Дури 87 % од матичните лекари сметаат дека родителите први треба да ги забележат симптомите карактеристични за АСН, 10 % сметаат дека тоа треба да е задача на матичните лекари, а само 3 % сметаат дека тоа треба да е задача на воспитувачите.

Добро конципираната и интензивна рана интервенција, соодветно избрана за потребите на детето, е најдобар можен избор чии ефекти се засноваат и на одбележана најинтензивна невропластичност на мозокот, т.е. способност за реорганизација (187).

Увидот во понудата на рани интервентни програми кај АСН, за што е користена дескриптивна статистика, укажува на најчеста примена на окупационата терапија, сензорната интеграција и логопедскиот третман.

Она што никако не стои во понудата на центрите е постоење на тренинг-центар за родители кои би ја презеле улогата на терапевти или котерапевти со цел да се обезбеди соодветен интензитет и траење на третманот, од причина што моменталниот

практициран формат во делот на интензитетот е апсолутно несоодветен на она што го пропишува раната интервенција за аутизам воопшто (188, 189).

Причина повеќе е и тоа што родителите имаат можност за спроведување на третманот во природното опкружување на детето, што е придобивка повеќе, а во прилог на генерализација и можност за натамошна практична примена на стекнатото знаење (190, 191).

Лимитации на истражувањето и придонеси за идните истражувања

Лимитациите произлегуваат од користената истражувачка техника, а тоа е анкетата. Истата, и покрај тоа што е анонимна, секогаш остава простор за дилеми во делот на вистинитоста на дадените податоци. Она што го покажаа анализите, а се однесува на погоре посоченото, е несоодветност на дел од дадените податоци. Имено, во вкупниот примерокот воспитувачи, кога е направена асоцијација на возраста на испитаниците и нивното работно искуство, за примерок од 3 прашалници се констатира недоследност во дадениот податок затоа што истиот е нелогичен. Секако, секогаш останува дилемата дали прашањето било несоодветно разбрано или станува збор за пропуст од техничка природа, но и евентуални лимити кои се однесуваат на вештините на оваа категорија за пополнување на електронскиот прашалник. Втората лимитација се однесува на неможноста да се обезбедат еднакви пропорции за независните варијабли во делот на возраст и работно искуство во професијата за категориите воспитувачи/негувателки и матични лекари, но и возраст, образовен статус и број на деца во семејството за категоријата родители за експерименталната и контролната група, затоа што единствен услов за учество во истражувањето е покажаниот интерес за истото.

Во поставувањето на методолошката рамка изборот на експерименталната група за категоријата воспитувачи и негувателки, но и за категоријата родители се базираше на последните податоци добиени од ДЗС, но вредностите од терен се различни од последно објавените и достапни податоци за јавноста. Оттука, сосема логични се дел од несовпаѓањата кај експерименталната и контролната група кои се во корелација со некоја од независните варијабли. Секако, идеален примерок на експериментална група за истражувањето ќе беше мултиетничка средина, но таков примерок со доволна големина беше невозможно да се обезбеди.

Поради неможноста на истражувачот да добие релевантни информации за возраста и работното искуство на категоријата матични лекари по општини, за избор на

експерименталната група го одбра градот Скопје со цел увид во разликите во одговорите на матичните лекари од другите градови и главниот град. Секако, ова оневозможува еднаква распределба на возраст и работното искуство меѓу експерименталната и контролната група.

Примерокот на матични лекари кои го пополнија прашалникот на албански јазик е многу мал. Оттука, добиените резултати и презентираниите ставови се со лимитирана вредност. Секако, ова остава простор за ново истражување кое ќе вклучи поголем примерок на матични лекари од различни социокултурни средини, со цел да се потврдат или отфрлат хипотезите на поголем примерок кој е фактор за репрезентативност, а дава тежина на добиените резултати.

Секако, не смее да изостане и забелешката дека прашањата на кои требаше да се даде одговор со впишување на истиот во предвидениот простор, застапен во прашалникот за матичните лекари, успешно беа избегнувани со впишување карактери без значење единствено со цел да се мине на следното прашање и да се заврши прашалникот. Така, во рамки на истражувањето изостана можноста за анализа на дел од евентуално дадените квалитативни одговори.

Во идните истражувања може да се користат добиените податоци од фреквенциите за секоја од категориите, за експерименталната и контролната група, сè со цел да се обезбеди информација за тоа дали постои статистички значајна разлика во дадените одговори.

Делот од хипотезите кои се однесуваат на асоцијацијата на возраста и работното искуство со одредено прашање, каде поради разликите во независните варијабли за експериментална и контролна група беа презентирани различни резултати, може да се предмет на идно истражување кое ќе подразбира еднакви пропорции за независните варијабли и примерок, со цел потврдување или отфрлање на одредена претпоставка.

Секако, неможноста за конкретен увид во вкупниот број центри кои нудат услуги во делот на раната интервенција поради разликите во начинот на регистрација на истите, дополнително го отежни увидот во услугите кои се нудат во истите. Она што е личен впечаток на истражувачот е неверојатно ниско ниво на подготвеност на дел од центрите за соработка со цел да се прибават потребните и неопходни податоци. Имено, за таа цел истражувачот достави уредна документација и барање до ЈЗУ Завод за рехабилитација на слух, говор и глас од Скопје, но на истото барање и по пет месеци сè уште нема одговор. Слична беше состојбата и со дел од приватните центри каде што договорените термини за средби беа повеќепати закажувани и откажувани.

VI. ЗАКЛУЧОЦИ

Заклучоците несомнено произлегуваат од добиените резултати од спроведеното истражување и истите посочуваат на следното:

- Работното искуство на воспитувачите не е асоцирано со стручните компетенции во прилог на рана детекција на АСН и работа со деца со аутизам во инклузивни услови.
- Поседувањето стручни компетенции во прилог на рана детекција е асоцирано со претходното практично искуство на воспитувачите/негувателките со дете со АСН.
- Ставот на воспитувачот за неопходноста за негово директно вклучување и реализација во развојната програма наменета и соодветна на потребите за развој на дете со АСН не зависи од неговото работно искуство.
- Подготвеноста на воспитувачите/негувателките да се вклучат во планирањето и спроведувањето на развојна програма наменета за дете со АСН, да ги информираат родителите за забележана развојна недоследност, да бидат дел од тимот кој спроведува рана интервенција надвор од градинката, но и да остварат продуктивна соработка со родителите во прилог на детето со АСН, директно зависи од нивните стручни компетенции во прилог на детекција и работа со деца со АСН во инклузивни услови во градинките.
- Возраста на воспитувачите/негувателките не влијае на нивниот став за задолжително воведување на наставниот предмет *Методика на работа со деца со аутизам и слични состојби* во рамки на студиите на педагошките факултети каде што впрочем се едуцираат и идните воспитувачи.
- Возраста на воспитувачите/негувателките и искуството во професијата немаат влијание врз нивните знаења за возраста од која се спроведуваат раните интервентни програми кај аутизмот, како ни на нивните знаења за ефектите од раната интервенција кај аутизмот.
- Возраста на воспитувачите/негувателките влијае на изнесениот став за тоа дали родителите треба да ја споделат дијагнозата аутизам со одговорниот воспитувач и зошто, но и на видот и формата на соработка која работниот профил ја остварува со родителите, вклучително и со родителите на детето со АСН, но не и работното искуство во професијата.

- Возраста на воспитувачите, пак, не влијае на нивната подготвеност да се вклучат во тимот кој спроведува рана интервенција надвор од градинката за дете од групата со која работат.
- Возраста и искуството во професијата не влијаат врз капацитетот на воспитувачот/негувателката да им соопшти на родителите одредено забележано развојно задоцнување кај детето со кое работи.
- Образовниот статус и вкупниот број на деца во семејството се во корелација со родителските познавања за тоа како тече развојот на детето во првите 6 години од животот за вкупниот примерок родители, иако албанскиот примерок не укажува на асоцијација со посочените независни варијабли.
- Возраста на родителите, образовниот статус и вкупниот број на деца во семејството влијаат на знаењата на родителите за тоа што е аутизам, иако за албанскиот примерок родители се исклучени варијаблите број на деца во семејството и возраст на родителите.
- Возраста на родителите, образовниот статус и вкупниот број на деца во семејството влијаат на знаењата на родителите за тоа кое однесување најдобро опишува дете со аутизам за вкупниот примерок, иако за албанскиот примерок родители се исклучува варијаблата број на деца во семејството не е асоцирана со посоченото.
- Знаењата на родителите за возраста на која почнува да се спроведува рана интервенција кај АСН зависи од образовниот статус на вкупниот примерок родители, но не и од возраста и вкупниот број на деца во семејството.
- Знаењата на родителите, пак, за ефектите од раната интервенција зависат од возраста и образовниот статус на родителите за вкупниот примерок родители, што не е случај за албанскиот примерок родители.
- Образовниот статус на родителите, возраста и вкупниот број на деца во семејството не влијаат на изразениот став на вкупниот примерок родители за инклузијата.
- Од возраста на вкупниот примерок матични лекари зависат нивните знаења поврзани со однесување кое најдобро опишува лице со АСН.
- Знаењата на матичните лекари за АСН во врска со раната дијагностика се поврзани со работното искуство во професијата.
- Секако, работното искуство и стручните компетенции на матичните лекари во прилог на рана дијагностика на АСН се поврзани со неопходното познавање на однесување кое најдобро опишува дете со аутизам.

- Возраста на матичните лекари не влијае на нивниот став за возраста на која можат да се забележат знаци кои одат во прилог на дијагностичка проценка на АСН.
- Возраста и работното искуство не влијаат на знаењето на матичните лекари за возраста на која започнува раната интервентна програма кај АСН, како и на ефектите од истата.
- Возраста и работното искуство на матичните лекари не влијаат на нивниот став за соодветноста на пријавата која ја пополнува матичниот лекар за прием на детето во градинка.
- Матичните лекари укажуваат на неопходност пријавата за упис на детето во градинка да биде дополнета со информации поврзани со здравствената состојба на детето, особено оние кои го афектираат развојот на детето. На ова укажува примерокот матични лекари кои пополниле прашалник на македонски јазик, и тоа 93 %.
- Албанскиот примерок на матични лекари дава дијаметрално различни резултати укажувајќи дека не е неопходно пријавата која ја пополнува матичниот лекар за упис на детето во градинка да биде дополнета со информации за здравствената состојба на детето, особено оние кои го афектираат развојот. Ова оди во прилог на предрасуди во убедувањето на матичниот лекар и е спротивно на исказите на матичните лекари од истата категорија во однос на соодветноста на формуларот за прием на детето во градинка кој за оваа категорија има кумулативна вредност од 90,9 % со предзнак делумно.
- Најголем процент на поставени дијагнози АСН за кои посочуваат матичните лекари се добиени на возраст од пет години, а само една третина од вкупниот број на деца во согласност со возраста на која се дијагностицирани би добиле можност да бидат вклучени во рана интервентна програма.
- Лимитиран број на услуги во прилог на рана интервенција кај АСН.
- Лимитиран број на сертифицирани лица кои спроведуваат дел од третманите соодветно на методологијата.
- Времетраењето на третманот надвор од формата која ја предвидува протоколот за рана интервенција кај АСН.
- Отсуство на рана интервентна програма која ја спроведува родителот во улога на терапевт.

VII. ПРЕПОРАКИ

- ♦ Да се обезбедат измени на курикулумот на педагошките факултети за идните воспитувачи да се здобијат со иницијална подготовка соодветна на потребите на работниот профил на идниот воспитувач.
- ♦ Да се обезбедат сериозни измени во начинот на добивање сертификати, како доказ за поседување стручни компетенции за детекција и работа со деца со АСН во градинките, преку контрола на квалитетот на понудените обуки со мониторинг на давателите на услуги (провајдерите) кои истите ги обезбедуваат, но и услов за добивање сертификат да е увидот во практичната примена на стекнатите компетенции кои се однесуваат на сертификатот.
- ♦ Да се креираат програми преку кои идните воспитувачи ќе може да се стекнат со практично искуство за работа со деца во инклузивни услови како дел од студиите, т.е. задолжително стажирање.
- ♦ Вработувањето на воспитувачите и негувателките да се заснова на инклузивните политики.
- ♦ Вработените негувателки во јаслените групи задолжително да поседуваат дипломи за завршено медицинско училиште, но и стручни компетенции во прилог на познавање на развојните текови и препознавање на раните знаци на аутизам. Увид во компетенциите да се обезбеди со сертификат кој укажува на практична применливост на знаењата преку барем три студии на случај од секојдневната пракса.
- ♦ Да се обезбедат измени на Законот за детска заштита кои се однесуваат на делот кој вели дека дијагнозата е фактор или услов за намалување на вкупниот број на деца во групата, а истото да се измени само со наод и мислење добиено од МКФ.
- ♦ Вкупниот број на деца во возрасните групи во градинките да е соодветен на пропишаното во законските регулативи.
- ♦ Да се обезбеди рамномерна распределба на децата со одредена потреба за поддршка на развој, вклучително и оние со АСН, по возрасните групи, но не повеќе од 3 деца во група, со лимитиран број на невротипични деца во групите.
- ♦ Да се обезбедат доволно ресурси за работа, соодветно на потребите за развој.
- ♦ Да се обезбедат предучилишни инклузивни тимови кои ќе работат на изготвување на ИОП заедно со воспитувачите.
- ♦ Да се обезбеди барем по еден специјален едукатор и рехабилитатор во поддршка на воспитувачите по објект.

- ♦ Да се обезбеди рамномерна застапеност на половите по групите.
- ♦ Задолжително да се формира комисија за прием на детето во градинка, која во согласност со компетенциите ќе може да направи иницијална проценка врз основа на развојните очекувања за возраста.
- ♦ Да се креираат советувалишта за одговорно родителство.
- ♦ Да се организираат едукации наменети за родителите со цел подобрување на родителските капацитети во прилог на препознавање на одредено развојно задоцнување.
- ♦ Да се зголеми националната свесност за раната интервенција и ефектите од раната интервенција кај АСН преку користење на мас-медиумите.
- ♦ Да се подобрат компетенциите на матичните лекари во прилог на рана дијагностика, дури и преку иницирање на одредени иследувања за педијатриски пациенти кои во моментот не се на товар на Фондот за здравствено осигурување (на пр. Анализа на витаминот Д како мерка за превенција на генетската пречувствителност за АСН).
- ♦ Да се обезбеди измена на пријавата која ја пополнува матичниот лекар за прием на детето во градинка со дополнување на истата со информации за здравствената и невроразвојната состојба на детето.
- ♦ Да се обезбеди спроведување на поставените законски регулативи во практиката преку соодветни импликации за матичните лекари кои нема да ги споделат потребните информации за здравствената состојба или дијагнозата во рамки на пријавата за прием на детето во градинка.
- ♦ Да се иницира задолжителен ран скрининг за АСН во примарната здравствена заштита.
- ♦ Да се обезбеди системска поддршка во добивањето услуги кои се однесуваат на раната интервенција кај АСН, дури и во приватните центри за стимулација на раст и развој, а условот за истата да не е дијагнозата аутизам, туку тоа да е основано сомнение, од причина што честопати дијагнозата се потврдува многу подоцна од хронолошката возраст од која започнува раниот третман. Ова, секако, оди во прилог и во поддршка на семејството, вклучително и финансиска.
- ♦ Да се обезбеди контрола на квалитетот на услугите кои се нудат во центрите за стимулација на раст и развој.
- ♦ Центрите за рана стимулација на раст и развој да бидат сертифицирани за услугите кои ги нудат.
- ♦ Да се креира центар за обука на родители на деца со АСН кои ќе работат како котерапевти во рамки на раната интервенција кај АСН.

VIII. ЛИТЕРАТУРА

1. Mehling MH, Tassé MJ. Severity of Autism Spectrum Disorders: Current Conceptualization, and Transition to DSM-5. *J Autism Dev Disord.* 2016; p.2000-2016. doi: 10.1007/s10803-016-2731-7.
2. Lobar SL. DSM-V Changes for Autism Spectrum Disorder (ASD): Implications for Diagnosis, Management, and Care Coordination for Children With ASDs. *Journal of Pediatric Health Care;* 2016; p.359–365.
3. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectr.* 2016. doi: 10.1017/S1092852916000262.
4. Ristori MV, Mortera SL, Marzan, V, Guerrero S, Vernocchi P, Ianiro, G, Putignani L. Proteomics and Metabolomics Approaches towards a Functional Insight onto AUTISM Spectrum Disorders: Phenotype Stratification and Biomarker Discovery. *International Journal of Molecular Sciences;* 2020. doi:10.3390/ijms21176274.
5. Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, Park BY, Snyder NW, Schendel D, Volk H, Windham GC, Newschaffer C. The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annu Rev Public Health;* 2017. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044318.
6. Hyman SL, Levy SE, Myers SM; Council on children with disabilities, section on developmental and behavioral pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics.* 2020. doi: 10.1542/peds.2019-3447.
7. Volkmar RF, Paul R, Rogers JS, Pelphrey AK. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Fourth edition, Wiley; 2014; p. 739-769.
8. Kushima M, Kojima R, Shinohara R, Horiuchi S, Otawa S, Ooka T, Akiyama Y, Miyake K, Yokomichi H, Yamagata Z; Japan Environment and Children's Study Group. Association Between Screen Time Exposure in Children at 1 Year of Age and Autism Spectrum Disorder at 3 Years of Age: The Japan Environment and Children's Study. *JAMA Pediatr.* 2022; p.384-391. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.5778.
9. Shaw KA, Maenner MJ, Baio J; EdS1, Washington A, Christensen DL, Wiggins LD, Pettygrove S, Andrews JG, White T, Rosenberg CR, Constantino JN, Fitzgerald RT, Zahorodny W, Shenouda J, Daniels JL, Salinas A, Durkin MS, Dietz PM. Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years - Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Six Sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ.* 2020. doi: 10.15585/mmwr.ss6903a1.
10. Mitroulaki S, Serdari A, Tripsianis G, Gundelfinger R, Arvaniti A, Vorvolakos T, Samakouri M. First Alarm and Time of Diagnosis in Autism Spectrum Disorders. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2020. doi: 10.1080/24694193.2020.1834013.
11. Nilsson Jobs E, Bölte S, Falck-Ytter T. Spotting Signs of Autism in 3-Year-Olds: Comparing Information from Parents and Preschool Staff. *J Autism Dev Disord.* 2019. doi: 10.1007/s10803-018-3821-5.
12. Sharma SR, Gonda X, Tarazi FI. Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. *Pharmacol Ther.* 2018 Oct;190:91-104. doi: 10.1016/j.pharmthera.2018.05.007. Epub 2018 May 12. PMID: 29763648.
13. Crane L, Chester JW, Goddard L, Henry LA, Hill E. Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. *Autism.* 2016;20:153–162.
14. Boshoff K, Gibbs D, Phillips RL, Wiles L, Porter L. A meta-synthesis of how parents of children with autism describe their experience of advocating for their children during the process of diagnosis. *Health Soc Care Community.* 2019; p.143-157. doi: 10.1111/hsc.12691.
15. Baghardii A, Picot MC, Pascal C, Pry R, and Aussilloux C. Relationship between age of recognition of first disturbances and severity in young children with autism. *European Child and Adolescent Psychiatry;* 2003; p-122-127.
16. Gentil-Gutiérrez A, Cuesta-Gómez JL, Rodríguez-Fernández P, González-Bernal JJ. Implication of the Sensory Environment in Children with Autism Spectrum Disorder: Perspectives from School. *Int J Environ Res Public Health.* 2021. doi: 10.3390/ijerph18147670.
17. Siemann JK, Veenstra-VanderWeele J, Wallace MT. Approaches to Understanding Multisensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorder. *Autism Res.* 2020; p.1430-1449. doi: 10.1002/aur.2375.
18. Baum SH, Stevenson RA, Wallace MT. Behavioral, perceptual, and neural alterations in sensory and multisensory function in autism spectrum disorder. *Prog Neurobiol.* 2015. doi: 10.1016/j.pneurobio.2015.09.007.
19. Lin LY. Activity Participation and Sensory Processing Patterns of Preschool-Age Children With Autism Spectrum Disorder. *Am J Occup Ther.* 2020. doi: 10.5014/ajot.2020.039297.
20. Harris SR. Early motor delays as diagnostic clues in autism spectrum disorder. *Eur J Pediatr.* 2017; p.1259-1262. doi: 10.1007/s00431-017-2951-7.

21. Boyd BA, McDonough SG, Bodfish JW. Evidence-based behavioral interventions for repetitive behaviors in autism. *J Autism Dev Disord.* 2012; p.1236-1248. doi: 10.1007/s10803-011-1284-z.
22. Ferreira JP, Ghiarone T, Júnior CRC, Furtado GE, Carvalho HM, Rodrigues AM, Toscano CVA. Effects of Physical Exercise on the Stereotyped Behavior of Children with Autism Spectrum Disorders. *Medicina (Kaunas).* 2019. doi: 10.3390/medicina55100685.
23. Charman T, Pickles A, Simonoff E, Chandler S, Loucas T and Baird G. IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological medicine*, Volume 41, Issue 3 Published online by Cambridge University Press: 19 May 2010.
24. Chawarska K, Macari S, Valkmar FR, Kim So, and Shic F. ASD in Infants and Toddlers, *Handbook for autism and pervasive developmental disorders*;2014: p-121-147.
25. Chevalier P, Isableu B, Martin JC, Bazile C and Tapus A. Proprioceptive and Kinematic Profiles for Customized Human-Robot Interaction for People Suffering from Autism.
26. Friedman L, Sterling A. A Review of Language, Executive Function, and Intervention in Autism Spectrum Disorder. *Semin Speech Lang.* 2019; p.291-304. doi: 10.1055/s-0039-1692964.
27. Трајковски В. Аутизам и первазивни развојни нарушувања. Филозофски факултет: Скопје; 2011: p. 139-155.
28. Sodian B, Schuwerk T, and Kristen S. Implicit and Spontaneous Theory of Mind Reasoning in Autism Spectrum Disorders.
29. Mazza M, Pino M, Mariano M, Tempesta D, Ferrara M, Berardis D, Masedu F, and Valenti M. Affective and cognitive empathy in adolescents with autism spectrum disorder, *Frontiers in Human Neuroscience*; 2014.
30. Baron-Cohen S, Ring H A, Bullmore ET, Wheelwright S, Ashwin C, & Williams SCR. The amygdala theory of autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*;2000: p- 355-364.
31. Landa R, Garrett-Mayer E. Development in infants with autism spectrum disorders: a prospective study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; p.629-638. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01531.x.
32. Charman T, Baron-Cohen S, Swettenham J, Baird G, Drew A, & Cox A. Predicting language outcome in infants with autism and pervasive developmental disorder, *International Journal of Language and Communication Disorders*;2003: p-265–285.
33. Cai RY, Richdale AL, Uljarević M, Dissanayake C, Samson AC. Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Res.* 2018; p.962-978. doi: 10.1002/aur.1968.
34. Ozonoff S, Pennington BF, & Rogers SJ. Executive function deficits in high-functioning autistic children: Relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32;1991: p-1081–1105.
35. Trajkovski V. Psychological aspects of autism spectrum disorder. *Journal for Reattach Therapy and Developmental Diversities*; 2020. p. 14-23
36. Kasari C, Chamberlain B, & Bauminger N. Social emotions and social relationships: Can children with autism compensate? *Development and autism: Perspectives from theory and research*; 2001: p-309–323.
37. Leader G, Tuohy E, Chen JL, Mannion A, Gilroy SP. Feeding Problems, Gastrointestinal Symptoms, Challenging Behavior and Sensory Issues in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*;2020.doi: 10.1007/s10803-019-04357-7.
38. Öz S, Bayhan P. An investigation of the relationship between the eating behaviours of children with typical development and autism spectrum disorders and parent attitudes during mealtime eating behaviours and parent attitudes during mealtime. *Child Care Health Dev.* 2021;p.877-885. doi: 10.1111/cch.12899.
39. Zulkifli MN, Kadar M, Hamzaid NH. Weight Status and Associated Risk Factors of Mealtime Behaviours among Children with Autism Spectrum Disorder. *Children (Basel).* 2022. doi: 10.3390/children9070927.
40. Chidambaram B, Et al. Autism and Gut–Brain Axis: Role of Probiotics: Personalized Food Intervention and Therapy for Autism Spectrum Disorder Management; *Advances in Neurobiology* Volume 24, Pringer; 2020: p.587-600.
41. Singh K, Zimmerman AW. Sleep in Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Semin Pediatr Neurol.* 2015. doi: 10.1016/j.spn.2015.03.006.
42. Galli J, Loi E, Visconti LM, Mattei P, Eusebi A, Calza S, Fazzi E; ASD Collaborative Group. Sleep Disturbances in Children Affected by Autism Spectrum Disorder. *Front Psychiatry.* 2022. doi: 10.3389/fpsy.2022.736696.
43. Randall M, Egberts KJ, Samtani A, Scholten RJ, Hooft L, Livingstone N, Sterling-Levis K, Woolfenden S, Williams K. Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; doi: 10.1002/14651858.CD009044.pub2.
44. Turkington C, Anan R. The encyclopedia of autism spectrum disorders *Facts On File, Inc. An imprint of Infobase Publishing.* New York; 2007.
45. González MC, Vásquez M, Hernández-Chávez M. Autism spectrum disorder: Clinical diagnosis and ADOS Test. *Rev Chil Pediatr.* 2019 Oct;90(5):485-491. English, Spanish. doi: 10.32641/rchped.v90i5.872.

46. Frigaux A, Evrard R, Lighezzolo-Alnot J. L'ADI-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique : intérêts, limites et ouvertures [ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: Interests, limits and openings]. *Encephale*. 2019; p.441-448. French. doi: 10.1016/j.encep.2019.07.002.
47. Volkmar FR. (ed.) *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*, Springer Science+Business Media New York; 2013; DOI 10.1007/978-1-4419-1698-3.
48. Fitzgerald M. Autism - Paradigms, Recent Research and Clinical Application, *Clinical Gestalts of Autism: Over 40 years of Clinical Experience with Autism* <http://dx.doi.org/10.5772/65906>.
49. Nah YH, Young RL, Brewer N, Berlinger G. Autism detection in early childhood (ADEC): reliability and validity data for a Level 2 screening tool for autistic disorder. *Psychol Assess*. 2014; p.215-226. doi: 10.1037/a0034472.
50. Hedley D, Nevill RE, Monroy-Moreno Y, Fields N, Wilkins J, Butter E, Mulick JA. Efficacy of the ADEC in Identifying Autism Spectrum Disorder in Clinically Referred Toddlers in the US. *J Autism Dev Disord*. 2015; p.2337-2348. doi: 10.1007/s10803-015-2398-5.
51. Cassidy A. Autism Behavior Checklist. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorder*; 2013; p. 342–343.
52. Haffner DN, Bartram LR, Courty DL, Rice CE, Steingass KJ, Moore-Clingenpeel M, Maitre NL; NCH Early Developmental Group. The Autism Detection in Early Childhood Tool: Level 2 autism spectrum disorder screening in a NICU Follow-up program. *Infant Behav Dev*. 2021. doi: 10.1016/j.infbeh.2021.101650.
53. Bravo Oro A, Navarro-Calvillo ME, & Esmer C. Autistic Behavior Checklist (ABC) and Its Applications. *Comprehensive Guide to Autism*, 2014; p. 2787–2798. doi:10.1007/978-1-4614-4788-7_164.
54. Volkmark FR. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer Nature Switzerland AG 2021; doi.org/10.1007/978-3-319-91280-6.
55. Randall M, Egberts KJ, Samtani A, Scholten RJ, Hooft L, Livingstone N, Sterling-Levis K, Woolfenden S, Williams K. Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018. doi: 10.1002/14651858.CD009044.
56. Stevanovic D, Costanzo F, Fucà E, Valeri G, Vicari S, Robins DL, Samms-Vaughan M, Ozek Erkuran H, Yaylaci F, Deshpande SN, Deshmukh V, Arora NK, Albores-Gallo L, García-López C, Gatica-Bahamonde G, Gabunia M, Zirakashvili M, Machado FP, Radan M, Samadi SA, Toh TH, Gayle W, Brennan L, Zorcec T, Auza A, de Jonge M, Shoaqir N, Marini A, Knez R. Measurement invariance of the Childhood Autism Rating Scale (CARS) across six countries. *Autism Res*. 2021; p.2544-2554. doi: 10.1002/aur.2586.
57. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*. 2014; p.37-45. doi: 10.1542/peds.2013-1813.
58. Maurer BT. Revising the CHAT checklist for autism disorders. *JAAPA*. 2014 Sep;27(9):12. doi: 10.1097/01.JAA.0000453245.30592.5d.
59. Dumont-Mathieu T, Fein D. Screening for autism in young children: The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) and other measures. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2005;11(3):253-62. doi: 10.1002/mrdd.20072.
60. PEDS Brief administration and scoring guide parents' evaluation of developmental status Guide for practitioners in Australia and New Zealand, The Royal Children's Hospital in Melbourne.
61. Hus V, Bishop S, Gotham K, Huerta M, Lord C. Factors influencing scores on the social responsiveness scale. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013; p.216-24. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02589.x.
62. Gray KM, Tonge BJ. Screening for autism in infants and preschool children with developmental delay. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005; p.378-386. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01585.x.
63. Gray KM, Tonge BJ, Sweeney DJ, Einfeld SL. Screening for autism in young children with developmental delay: an evaluation of the developmental behaviour checklist: early screen. *J Autism Dev Disord*. 2008; p.1003-1010. doi: 10.1007/s10803-007-0473-2.
64. Allen CW, Silove N, Williams K, Hutchins P. Validity of the social communication questionnaire in assessing risk of autism in preschool children with developmental problems. *J Autism Dev Disord*. 2007; p.1272-1278. doi: 10.1007/s10803-006-0279.
65. Johnson CP, Myers SM; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007 Nov;120(5):1183-215. doi: 10.1542/peds.2007-2361. Epub 2007 Oct 29. PMID: 17967920.
66. Bonnet-Brilhault F. L'autisme : un trouble neuro-développemental précoce [Autism: An early neurodevelopmental disorder]. *Arch Pediatr*. 2017; p.384-390. French. doi: 10.1016/j.arcped.2017.01.014.
67. Zalaquett DF, Schönstedt MG, Angeli M, Herrera CC, Moyano AC. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista [Basics of early intervention in children with autism spectrum disorders]. *Rev Chil Pediatr*. 2015; p.126-131. Spanish. doi: 10.1016/j.rchipe.

68. Emberti Gialloreti L, Benvenuto A, Battan B, Benassi F, Curatolo P. Can biological components predict short-term evolution in Autism Spectrum Disorders? A proof-of-concept study. *Ital J Pediatr*; 2016. doi: 10.1186/s13052-016-0281-4.
69. Чичевска-Јовановска Н, Рашиќ-Цаневска О. Рана интервенција на деца родени со фактор на ризик, Филозофски факултет, Скопје; 2013: ст.285-333.
70. Закон за детска заштита на Република Македонија,
71. www.mtsp.gov.mk/content/pdf/zakoni/2018/198%202018%20ZAKON%20ZA%20ZASTITA%20NA%20DECATA%20%20консолидиран%20текст-converted.pdf
72. Di Renzo M, di Castelbianco FB, Alberto V, Antonio DV, Giovanni C, Vanadia E, Petrillo M, Davide T, Racinaro L, Rea M. Prognostic factors and predictors of outcome in children with autism spectrum disorder: the role of the paediatrician. *Ital J Pediatr*. 2021.
73. McCarty P, Frye RE. Early Detection and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: Why Is It So Difficult? *Semin Pediatr Neurol*. 2020 doi: 10.1016/j.spen.2020.100831.
74. Програма за рано учење и развој, Службен весник на РМ, бр. 46 од 06.03.2014 година http://mrk.mk/wp-content/uploads/2015/07/programa_ranoucenje.pdf
75. Drusch, Samantha J. The Early Identification of Autism Spectrum Disorder in Preschool Settings. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository; 2015.
76. Fong EH& Lee H. Sociocultural Perspective on Autism Intervention. *Autism - Paradigms, Recent Research and Clinical Applications*.2017: p.291-300.
77. Rakap S, Jones HA, & Emery AK. Evaluation of a Web-Based Professional Development Program (Project ACE) for Teachers of Children With Autism Spectrum Disorders. *Teacher Education and Special Education: The Journal of the Teacher Education Division of the Council for Exceptional Children*,;2014: p.221–239.
78. Sanz-Cervera P, Fernández-Andrés MI, Pastor-Cerezuela G, & Tárraga-Mínguez R. Pre-Service Teachers' Knowledge, Misconceptions and Gaps About Autism Spectrum Disorder. *Teacher Education and Special Education: The Journal of the Teacher Education Division of the Council for Exceptional Children*; 2017: p.212–224. doi:10.1177/0888406417700963.
79. Castillo A, Cohen SR, Miguel J, Warstadt MF. Short report: Perceptions of causes and common beliefs of autism spectrum disorder in the U.S. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 70, 101472; 2020.
80. Nirit KV, and Shunit R. Attitudes Towards Autism Among Israeli Arab Teachers' College Students , *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders - Volume II*; 2013: p.27-43.
81. McCormack G, Dillon AC, Healy O, Walsh C, & Lydon S. Primary Care Physicians' Knowledge of Autism and Evidence-Based Interventions for Autism: A Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019. doi:10.1007/s40489-019-00189-4.
82. Bacon EC, Dufek S, Schreibman L, Stahmer AC, Pierce K, & Courchesne E. Measuring Outcome in an Early Intervention Program for Toddlers with Autism Spectrum Disorder: Use of a Curriculum-Based Assessment. *Autism Research and Treatment*, 2014, 1–9. doi:10.1155/2014/964704.
83. History and Overview Johnny L. Matson and Daniene Neal, *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*, Springer Science+Business Media, LLC 2009.
84. Peterson SM, Morris C, Kestner KM, Quigley SP, Aljadeff-Abergel E., and Goetz DB. *Applied Behavior Analysis: Foundations and Applications Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, Springer Nature Switzerland AG 2018.
85. Fishbein LB, Rouse ML, Minshaw NFand Fodstad JC. Historical Development of Treatment, *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder*, Springer International Publishing AG 2017.
86. Frea D. and Glenda L Behavioral Interventions for Children With Autism William. *Vittimberga California State University, Los Angeles, Handbook of Applied Behavior Analysis* Edited by John Austin and James E. Carr Western Michigan University.
87. Ringdahl JE, Kopelman T, and Falcomata TS. *Applied Behavior Analysis and Its Application to Autism and Autism Related Disorders*, *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*, Springer Science+Business Media, LLC 2009.
88. Cervantes PE, Matson JL, Matheis M and Burns CO. Ethical Considerations Regarding Treatment, *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder*, Springer International Publishing AG 2017
89. Handleman JS, and Harris SL. *An ABA Program for Children and Adults with Autism Spectrum Disorders*: Douglass Developmental Disabilities Center.
90. Smith T. Discrete Trial Training in the Treatment of Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*; 2001: p.86–92.
91. Jones EA, Feeley KM, & Takacs J. Teaching Spontaneous Responses to Young Children With Autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*,;2007: p.565–570. doi:10.1901/jaba.2007.40-565.

92. Weiss MJ, Hilton J, and Russo S. Discrete Trial Teaching and Social Skill Training: Don't Throw the Baby Out with the Bathwater, Handbook of Social Skills and Autism Spectrum Disorder, Autism and Child Psychopathology Series, © Springer International Publishing.
93. Dawson G et al. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012.
94. Reichow B. et al. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*; 2018.
95. Eikeseth S. Additional Treatment Parameters and Issues Requiring Study: Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) , Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder, Autism and Child Psychopathology Series, Springer International Publishing AG 2017.
96. Cohen H, Amerine-Dickens M, & Smith T. Early Intensive Behavioral Treatment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*; 2006: p.145–155.
97. Remington B, Hastings RP, Kovshoff H, Degli-Espinosa F, Jahr E, Brown T, Ward N. Early Intensive Behavioral Intervention: Outcomes for Children With Autism and Their Parents After Two Years. *American Journal on Mental Retardation*, 112(6), 2007.
98. Smith T, Groen A, & Wynn, JW. Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 105(4), 2000: p. 269-285.
99. Williams FB, Williams LR, The Koegel Center: Pivotal Response Training, Effective Programs for Treating Autism Spectrum Disorder: Applied Behavior Analysis Models (123-135).
100. Koegel LK, Koegel RL, Harrower JK, Carter CM. Pivotal Response Intervention I: Overview of Approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 1999: p.174-185.
101. Koegel RL, Bradshaw JL, Ashbaugh K, Koegel LK. Improving question-asking initiations in young children with autism using pivotal response treatment. *J Autism Dev Disord*. 2014: p.816-27.
102. Bernon. T, Pivotal Response Treatment: Empirically Supported Strategies to Target Social Competencies and Motivation in Individuals with ASD, Handbook of Social Skills and Autism Spectrum Disorder Assessment, Curricula, and Intervention (186-196) © Springer International Publishing AG 2017.
103. Mohammadzahari F, Koegel LK, Rezaee M, Rafiee SM. A randomized clinical trial comparison between pivotal response treatment (PRT) and structured applied behavior analysis (ABA) intervention for children with autism. *J Autism Dev Disord*. 2014: p.2769-77. doi: 10.1007/s10803-014-2137-3.
104. Sundberg ML, Michael J. The benefits of Skinner's analysis of verbal behavior for children with autism. *Behav Modif*. 2001: p.698-724. doi: 10.1177/0145445501255003.
105. Tincani M, Miller J, Lorah ER, Nepo K. Systematic Review of Verbal Operants in Speech Generating Device Research from Skinner's Analysis of Verbal Behavior. *Perspect Behav Sci*. 2020: p.387-413. doi: 10.1007/s40614-020-00243-1.
106. Sautter RA, Leblanc LA. Empirical Applications of Skinner's Analysis of Verbal Behavior with Humans. *Anal Verbal Behav*. 2006: p.35-48. doi: 10.1007/BF03393025.
107. Leung JP. Teaching spontaneous requests to children with autism using a time delay procedure with multi-component toys. *J Behav Educ* 4; 1994: p-21–31 <https://doi.org/10.1007/BF01560506>.
108. Matson JL, Sevin JA, Fridley D, Love SR. Increasing spontaneous language in three autistic children. *J Appl Behav Anal*. 1990: p.227-33. doi: 10.1901/jaba.1990.23-227.
109. Jones EA, Feeley KM, Takacs J. Teaching spontaneous responses to young children with autism. *J Appl Behav Anal*. Fall 2007: p.565-70. doi: 10.1901/jaba.2007.40-565.
110. Senju A. Spontaneous theory of mind and its absence in autism spectrum disorders. *Neuroscientist*. 2012: p. 108-13 doi: 10.1177/1073858410397208.
111. Srinivasan SM, Eigsti IM, Neelly L, Bhat AN. The effects of embodied rhythm and robotic interventions on the spontaneous and responsive social attention patterns of children with Autism Spectrum Disorder (ASD): A pilot randomized controlled trial. *Res Autism Spectr Disord*. 2016: p.54-72. doi: 10.1016/j.rasd.2016.01.004.
112. Dobson SK, Dozois JAD. Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies Handbook of cognitive-behavioral therapies / editor Keith S. Dobson. — 3rd ed p-3-38
113. Elliott SJ, Marshall D, Morley K, Uphoff E, Kumar M, Meader N. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2021. doi: 10.1002/14651858.CD013173.pub2.
114. Weiss JA, Thomson K, Burnham Riosa P, Albaum C, Chan V, Maughan A, Tablon P, Black K. A randomized waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy to improve emotion regulation in children with autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018: p.1180-1191. doi: 10.1111/jcpp.12915.
115. Wood JJ, Kendall PC, Wood KS, Kerns CM, Seltzer M, Small BJ, Lewin AB, Storch EA. Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020: p.474-483. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4160.

116. Reyes NM, Pickard K, Reaven J. Emotion regulation: A treatment target for autism spectrum disorder. *Bull Menninger Clin.* 2019; p.205-234. doi: 10.1521/bumc.2019.83.3.205.
117. Thomas J. D'Zurilla JT. Nezu MA, Problem-Solving Therapy, *Behavioral Therapies Handbook of cognitive-behavioral therapies* / editor Keith S. Dobson. — 3rd ed: p-197-225.
118. Greenspan S, Wieder S. *Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think.*
119. Liao ST, Hwang, YS., Chen, YJ, Lee P, Chen SJ & Lin LY. Home-based DIR/Floortime™ Intervention Program for Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: Preliminary Findings. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 34(4); 2014; p. 356–367. doi:10.3109/01942638.2014.918074.
120. Pajareya K, & Nopmaneejumrulers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(5); 2011: p. 563–577. doi:10.1177/1362361310386502.
121. Ortega VJ, Saritepe AA, Hird C, Phillips K. *The TEACCH Program for People with Autism: Elements, Outcomes, and Comparison with Competing Models*, *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder*. Springer International Publishing AG; 2017.
122. Sanz-Cervera P, Fernández-Andrés. I, Pastor-Cerezuela. G. and Tárraga-Mínguez. R. The effectiveness of TEACCH intervention in Autism Spectrum Disorder: A review study, *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*; 2018: p. 40-50 doi.org/10.23923/pap. Psicol 2018.2851.
123. D'Elia L, Valeri G, Sonnino F, Fontana I, Mammone A & Vicari S. A Longitudinal Study of the Teacch Program in Different Settings: The Potential Benefits of Low Intensity Intervention in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 2013: p. 615–626. doi:10.1007/s10803-013-1911-y.
124. Vivanti G, Zierhut C, Dawson G and Rogers JS. *The Group-Based Early Start Denver Model: Origins, Principles, and Strategies*, *Implementing the Group-Based Early Start Denver Model for Preschoolers with Autism*, Springer International Publishing AG 2017 DOI 10.1007/978-3-319-49691-7.
125. Tateno Y, Kumagai K, Monden R, Nanba K, Yano A, Shiraiishi E, Teo AR, Tateno M. The Efficacy of Early Start Denver Model Intervention in Young Children with Autism Spectrum Disorder Within Japan: A Preliminary Study. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak*; 2021; p.35-40. doi: 10.5765/jkacap.200040.
126. Fuller EA., Oliver K, Vejnaska SF & Rogers SJ. The Effects of the Early Start Denver Model for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Brain Sciences*; 2020 doi:10.3390/brainsci10060368 .
127. Sinai-Gavrilov Y, Gev T, Mor-Snir I, Vivanti G. & Golan O. Integrating the Early Start Denver Model into Israeli community autism spectrum disorder preschools: Effectiveness and treatment response predictors. *Autism*; 2020. doi:10.1177/1362361320934221.
128. Leaf R, McEachin J. “The Lovaas Model: Love It or Hate It, But First Understand It.” *Comprehensive Models of Autism Spectrum Disorder Treatment*; Springer International Publishing AG; 2016: p. 7–43.
129. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-Vanderweele J. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2011 : p.1303-11. doi: 10.1542/peds.2011-0426.
130. Ospina MB, Krebs Seida J, Clark B, Karkhaneh M, Hartling L, Tjosvold L, Vandermeer B, Smith V. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *PLoS One*; 2008; doi: 10.1371/journal.pone.0003755.
131. What Works Clearinghouse, review of the report: Randomized, controlled trial of the LEAP model of early intervention for young children with autism spectrum disorders. U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences; 2012, Retrieved from <http://whatworks.ed.gov>.
132. Strain PS, & Bovey EH. Randomized, Controlled Trial of the LEAP Model of Early Intervention for Young Children With Autism Spectrum Disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(3); 2011: p.133–154. doi:10.1177/0271121411408740.
133. Draftina N. The LEAP Preschool Model, Pre-planned, targeted strategies for active meaningful engagement; <https://storage.outreach.psu.edu/autism/68a.%20>.
134. Strain PS, Odom SL. Peer Social Initiations: Effective Intervention for Social Skills Development of Exceptional Children. 1986; p.543-551. doi:10.1177/001440298605200607.
135. Tanta KJ, Deitz JC, White O, Billingsley F. The effects of peer-play level on initiations and responses of preschool children with delayed play skills. *Am J Occup Therapy*; 2005. doi: 10.5014/ajot.59.4.437.
136. Venker CE, Edwards J, Saffran JR, Ellis Weismer S. Thinking Ahead: Incremental Language Processing is Associated with Receptive Language Abilities in Preschoolers with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2019 doi: 10.1007/s10803-018-3778-4.
137. Brynkskov C, Eigsti IM, Jørgensen M, Lemcke S, Bohn OS, Krøjsgaard P. Syntax and Morphology in Danish-Speaking Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017; p.373-383. doi: 10.1007/s10803-016-2962-7.

138. Dwight, MD, Here's How to Do Therapy Hands-On Core Skills in Speech-Language Pathology Third Edition, Copyright © 2022 Plural Publishing, Inc. p.77-110.
139. Vladescu CJ, Breeman LS, Marano EK, Carrow N, Campanaro MA, Kisamor NA. Behavioral Approaches to Language Training for Individuals with Autism Spectrum Disorder. Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum. Springer Nature Switzerland; 2018.
140. Camarata S, Nelson KE, Gillum H, Camarata M. Incidental receptive language growth associated with expressive grammar intervention in SLI. First Language. 2009; doi:10.1177/0142723708098810.
141. Gibbard D. Parental-based intervention with pre-school language-delayed children. Eur J Disord Commun. 1994; doi: 10.3109/13682829409041488.
142. Noyan Erbaş A, Özcebe E, Cak Esen T. Investigation of the effect of Hanen's "More Than Words" on parental self-efficacy, emotional states, perceived social support, and on communication skills of children with ASD. Logoped Phoniatr Vocol. 2021; p.17-27. doi: 10.1080/14015439.2020.1717601.
143. Adapt Daily Routines to Your Child's Stage of Communication, Hanen Early Language Program; 2011: <http://www.hanen.org/Programs/For-Parents/More-Than-Words.aspx>.
144. Bieleninik L, Geretsegger M, Mössler K, Assmus J, Thompson G, Gattino G. Effects of Improvisational Music Therapy vs Enhanced Standard Care on Symptom Severity Among Children With Autism Spectrum Disorder. JAMA; 2017. doi:10.1001/jama.2017.9478.
145. Steinbrenner JR, Hume K, Odom SL, Morin KL, Nowell SW, Tomaszewski B, Szendrey S, McIntyre NS, Yücesoy-Özkan S & Savage MN. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism. The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team; 2020.
146. Geretsegger M, Elefant C, Mössler KA, Gold C. Music therapy for people with autism spectrum disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 6; 2014.
147. Sharda M, Tuerk C, Chowdhury R, Jamey K, Foster N, Custo-Blanch M, Hyde K. Music improves social communication and auditory-motor connectivity in children with autism. Translational Psychiatry; 2018. doi:10.1038/s41398-018-0287-3.
148. Mayer-Benarous H, Benarous X, Vonthron F and Cohen D. Music Therapy for Children With Autistic Spectrum Disorder and/or Other Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. Front. Psychiatry; 2021. doi: 10.3389/fpsy.2021.643234.
149. Lim AH, Draper E. The Effects of Music Therapy Incorporated with Applied Behavior Analysis Verbal Behavior Approach for Children with Autism Spectrum Disorder, Journal of Music Therapy, the American Music Therapy Association; 2011.
150. Kilroy E, Aziz-Zadeh L, Cermak S. Ayres Theories of Autism and Sensory Integration Revisited: What Contemporary Neuroscience Has to Say. Brain Sci. 2019. doi: 10.3390/brainsci9030068.
151. Hub W. Autism: Sensory Processing Integration Therapy for Children with Autism, Autism Sensory Processing Integration Therapy.
152. Sinha Y, Silove N, Hayen A, & Williams K. Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2021 doi:10.1002/14651858.cd003681.pub3.
153. Hunt J, van Hooydonk E, Faller P, Mailloux Z, Schaaf R. Manualization of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration® for Autism. OTJR (Thorofare N J). 2017; p.141-148. doi: 10.1177/1539449217697044.
154. Watling R, Hauer S. Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and Sensory-Based Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2015. doi: 10.5014/ajot.2015.018051.
155. Schoen SA, Lane SJ, Mailloux Z, May-Benson T, Parham LD, Smith Roley S, Schaaf RC. A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism. Autism Res. 2019. doi: 10.1002/aur.2046.
156. Ben-Sasson, A, Cermak SA, Orsmond GI, Tager-Flusberg H, Carter AS, Kadlec MB & Dunn W. Extreme sensory modulation behaviors in toddlers with autism spectrum disorders. American Journal of Occupational Therapy, 61; 2007: p. 584-592.
157. Bumin G, Huri M, Salar S, Kayihan H. Occupational Therapy in Autism. Autism Spectrum Disorder - Recent Advances.
158. Llambias C, Magill-Evans J, Smith V, Warren S. Equine-Assisted Occupational Therapy: Increasing Engagement for Children With Autism Spectrum Disorder. Am J Occup Ther. 2016. doi: 10.5014/ajot.2016.020701.
159. Kuhaneck H, Spitzer SL, Bodison SC. A Systematic Review of Interventions to Improve the Occupation of Play in Children With Autism. OTJR (Thorofare N J). 2020; p.83-98. doi: 10.1177/1539449219880531.

160. Tanner K, Hand BN, O'Toole G, Lane AE. Effectiveness of Interventions to Improve Social Participation, Play, Leisure, and Restricted and Repetitive Behaviors in People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2015. doi: 10.5014/ajot.2015.017806.
161. Spitzer LS. Play in Children with Autism: Structure and Experience, Play is occupational therapy for children ISBN; 2008: p.351-374.
162. MGee BM, Nwora A, & Peterson TW. Occupational Therapy's Role in the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorders. *Occupational Therapy - Therapeutic and Creative Use of Activity*; 2018. doi:10.5772/intechopen.78696.
163. Diederich J. A framework for psychological interventions in Autism Spectrum Disorder arXiv preprint, Cornell University; 2018.
164. Blomberg B. Time, space, and the mind: psychotherapy with children with autism , *Invisible Boundaries Psychosis and autism in children and adolescents*; 2005: p.25-42.
165. Catalano D, Holloway L, Mpofu E. Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 doi: 10.3390/ijerph15020341.
166. Bonis S. Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2016: p.153-63. doi: 10.3109/01612840.2015.1116030.
167. Prizant BM, Wetherby AM, Rubin E, Laurent AC. The SCERTS Model. In K. Siri and T. Lyons (ed)., *Cutting-Edge therapies for autism*: New York, NY: Skyhorse Publishing; 2011.
168. Walworth DD. The use of music therapy within the SCERTS model for children with Autism Spectrum Disorder. *J Music Ther*. 2007. doi: 10.1093/jmt/44.1.2.
169. Walworth DD, Register D, Engel JN. Using the SCERTS model assessment tool to identify music therapy goals for clients with autism spectrum disorder. *J Music Ther*; 2009 doi: 10.1093/jmt/46.3.204.
170. Yu L, Zhu X. Effectiveness of a SCERTS Model-Based Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Hong Kong: A Pilot Study. *J Autism Dev Disord*; 2018 doi: 10.1007/s10803-018-3649-z.
171. Taresh S, Ahmad NA, Roslan S, Ma'rof AM, Zaid S. Pre-School Teachers' Knowledge, Belief, Identification Skills, and Self-Efficacy in Identifying Autism Spectrum Disorder (ASD): A Conceptual Framework to Identify Children with ASD. *Brain Sci*. 2020 Mar 13;10(3):165. doi: 10.3390/brainsci10030165
172. Liu, Y., Li, J., Zheng, Q., Zaroff, C. M., Hall, B. J., Li, X., & Hao, Y. (2016). Knowledge, attitudes, and perceptions of autism spectrum disorder in a stratified sampling of preschool teachers in China. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-0845-2 10.1186/s12888-016-0845-2.
173. Barbaro J, Dissanayake C. Prospective identification of autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood using developmental surveillance: the social attention and communication study. *J Dev Behav Pediatr*. 2010 Jun;31(5):376-85. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181df7f3c.
174. Hernández-González, O.; Spencer-Contreras, R.; Sanz-Cervera, P.; Tárraga-Mínguez, R. Analysis of the Autism Spectrum Disorder (ASD) Knowledge of Cuban Teachers in Primary Schools and Preschools. *Educ. Sci*. 2022, 12, 284. [https:// doi.org/10.3390/educsci12040284](https://doi.org/10.3390/educsci12040284).
175. Bamed NE, Knapp NF, & Neuharth-Pritchett, S. Knowledge and Attitudes of Early Childhood Prservice Teachers Regarding the Inclusion of Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of Early Childhood Teacher Education*. 2011: p.302–321. doi:10.1080/10901027.2011.622235.
176. Lian WB, Ying SH, Tean SC, Lin DC, Lian YC, Yun HL. Pre-school teachers' knowledge, attitudes and practices on childhood developmental and behavioural disorders in Singapore. *J Paediatr Child Health*. 2008; p.187-94. doi: 10.1111/j.1440-1754.2007.01231.x.
177. Gómez-Marí I, Sanz-Cervera P, & Tárraga-Mínguez R. Teachers' Knowledge Regarding Autism Spectrum Disorder (ASD): A Systematic Review. *Sustainability*; 2021. doi:10.3390/su13095097
178. Breiner H, Ford M, Gadsden VL, editors. *Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0- 8*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016.
179. Abdulrahman S. Aldayel, Abdulaziz A. Aldayel, Ahmed M. Almutairi, Hamad A. Alhussain, Sultan A. Alwehaibi, Talal A. Almutairi, "Parental Knowledge of Children's Developmental Milestones in Riyadh, Saudi Arabia", *International Journal of Pediatrics*, vol. 2020, Article ID 8889912, 8 pages, 2020. doi.org/10.1155/2020/8889912.
180. Anwar MS, Tahir M, Nusrat K, Khan MR. Knowledge, Awareness, and Perceptions Regarding Autism Among Parents in Karachi, Pakistan. *Cureus*. 2018.
181. Yu L, Stronach S, & Harrison AJ. Public knowledge and stigma of autism spectrum disorder: Comparing China with the United States. *Autism*; 2020.
182. Gómez-Marí I; Tárraga-Mínguez R; Pastor-Cerezuela G. Analysis of Spanish Parents' Knowledge about ASD and Their Attitudes towards Inclusive Education. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ*. 2022: p. 870–881.

183. Sabila H and Kurniawati F. Parental Attitudes of Preschool Children toward Students with Special Needs in Inclusive and Non-Inclusive Kindergartens: A Comparative Study. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume 229, 2018: p.602-609.
184. Edwards A, Brebner C, McCormack P, MacDougall C. The early intervention message: perspectives of parents of children with autism spectrum disorder. *Child Care Health Dev.* 2017: p. 202-210. doi: 10.1111/cch.12428.
185. Snijder MIJ, Langerak IC, Kaijadoe SPT. et al. Parental Experiences with Early Identification and Initial Care for their Child with Autism: Tailored Improvement Strategies. *J Autism Dev Disord* 52. 2022: p. 3473–3485.
186. Crane L, Chester JW, Goddard L, Henry LA, & Hill E. (2015). Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. *Autism*. 2015: p.153–162.
187. Atun-Einy O, & Ben-Sasson A. Pediatric allied healthcare professionals' knowledge and self-efficacy regarding ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2018: p.1–13.
188. Kolb B., Gibb R. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011: p.265–276
189. Towle PO, Patrick PA, Ridgard T, Pham S, Marrus J. Is Earlier Better? The Relationship between Age When Starting Early Intervention and Outcomes for Children with Autism Spectrum Disorder: A Selective Review. *Autism Res Treat*. 2020:7605876. doi: 10.1155/2020/7605876.
190. Estes A., Munson J., Rogers S. J., Greenson J., Winter J., Dawson G. Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(7):580–587.
191. Preece D, Trajkovski V: Parent education in autism spectrum disorder – a review of the literature. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 53 No. 1, 2017: p.118-124.
192. Dawson-Squibb JJ, Davids EL, Harrison AJ, Molony MA, de Vries PJ. Parent Education and Training for autism spectrum disorders: Scoping the evidence. *Autism*. 2020 : p.7-25.

IX. ПРИЛОЗИ

ПРАШАЛНИК ЗА ВОСПИТУВАЧИ И НЕГУВАТЕЛИ ВО ДРЖАВНИТЕ ГРАДИНКИ ВО МАКЕДОНИЈА

Почитувани колешки,

Ќе ве замолам да одвоите барем пет (5) минути од вашето време и да одговорите на прашалникот кој е во продолжение. Истиот е анонимен, а податоците се генерираат по автоматизам по завршување на истиот со кликување на копчето ЗАВРШИ (или Submit). Од особена важност за веродостојноста на резултатите е вашата искреност во давањето на одговорите. За истите не е потребна претходна подготовка. Напротив, очекувано е одговорите да се одраз на вашето лично мислење. Прашалникот има за цел да ги утврди реалните состојби, што, пак, ќе отвори нови дискусии за неопходните стратегии кои би требало да се креираат и практикуваат во иднина, а се однесуваат на една од најважните професии за иднината на општеството, а тоа е нашата.

Истражувањето се спроведува во рамки на магистерскиот труд на Нада Дупјачанец-Николовска, професор по предучилишно воспитание, а под менторство на проф. д-р Владимир Трајковски.

Однапред се заблагодарувам за времето кое ќе го одвоите за пополнување на прашалникот.

1. Во празното поле подолу, означете го градот во кој работите.
2. Возраст:
3. Полова припадност:
 - а. Машко.
 - б. Женско.
4. Работен профил:
 - а. Воспитувач.
 - б. Негувател.
5. Работно искуство во професијата:
 - а. Помалку од 5 години.
 - б. 5 до 10 години.
 - в. 11 до 15 години.
 - г. 15 до 20 години.
 - д. Повеќе од 20 години.
6. Според вас, дали поседувате доволно знаење за да поставите основано сомнение дека детето со кое работите можеби манифестира аутистична симптоматологија?
 - а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
7. Дали досега сте присуствувале на некоја обука поврзана со АСН (аутистичен спектар на нарушувања), неформално или формално сте се едуцирали на темата?
 - а. Да.
 - б. Не.
8. Според вас, што е аутизам?
 - а. Болест.
 - б. Синдром (како: Даунов синдром, Едвардсов синдром, синдромот Патау).
 - в. Социјална изолација.
 - г. Емоционална незрелост.
 - д. Первазивно развојно нарушување со тешкотии во социјалната комуникација, интеракциите и репетитивното однесување.
 - г. Ништо од погоре посоченото.
9. Дали сте имале претходно искуство со дете со аутистичен спектар на нарушувања?
 - а. Да.
 - б. Не.
 - в. Не знам.
10. Според вас, кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?
 - а. Проблеми со социјалните интеракции.
 - б. Проблеми со задржување на вниманието.
 - в. Проблеми со моторното функционирање.

- г. Неинтегрираност на сетилата.
 - д. Проблеми со вербалната и невербалната комуникација.
 - ѓ. Проблеми со однесувањето.
 - е. Когнитивни нарушувања (помнење, мислење).
 - ж. Сите погоре посочени.
 - з. Ниту едно од погоре посочените.
- 11.** Според вас, што претставува рана интервентна метода во третманот на АСН (аутистичен спектар на нарушувања)?
- а. Интервентна метода која почнува да се спроведува пред 2-та до 3-тата година.
 - б. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 4 до 5 години.
 - в. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 6 до 7 години.
 - г. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 8 до 10 години.
- 12.** Според вашето мислење, колкави би можеле да бидат ефектите од раната интервентна метода кај АСН (аутистичен спектар на нарушувања)?
- а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
- 13.** Според вас, дали поседувате доволно стручни компетенции за да одговорите на потребите за развој на дете со аутизам во инклузивни услови во градинка?
- а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
- 14.** Според вашето мислење, дали работниот профил воспитувач/негувателка ги има потребните стручни компетенции за да одговори на потребите на дете со аутизам?
- а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
- 15.** Дали сметате дека имате потреба од едукации кои ќе ви помогнат во детекцијата, но и во работата со деца со аутизам?
- а. Да.
 - б. Не.
- 16.** Дали во рамки на наставните планови и програми на педагошките факултети треба да се воведат задолжително и наставен предмет *Методика на работа со деца со аутизам и слични состојби*?
- а. Да, задолжително.
 - б. Само изборно.
 - в. Нема потреба.
 - г. Потребните едукации може да се реализираат во рамки на неформалното образование како дел од стручното доусовршување на вработените.
- 17.** Дали сметате дека воспитувачот/негувателот треба да е директно вклучен во планирањето и реализацијата на развојната програма за детето со аутизам во рамки на инклузијата?
- а. Да, задолжително.
 - б. Само во реализацијата, но не и во планирањето на активностите.
 - в. Ниту во реализацијата ниту во планирањето, тоа треба да е задача на другите стручни профили вработени во градинката.
 - г. Да е поддршка на реализацијата на развојната програма, но директно да не учествува во реализација на истата.
- 18.** Дали сметате дека воспитувачот сноси одговорност со родителите да сподели информација за констатирано развојно отстапување кај дете од групата со која работи?
- а. Да, без исклучок, затоа што тоа е задача на секој воспитувач.
 - б. Не секогаш, затоа што родителите покажуваат незаинтересираност за развојот на детето.
 - в. Не, поради негативната реакција на родителите.
 - г. Никако, поради присутен страв од нивната можна реакција.
- 19.** Дали родителите треба да ја споделат дијагнозата состојби од аутистичен спектар кај своето дете со одговорниот воспитувач и зошто?
- а. Да, со цел воспитувачот да креира услови за развој во согласност со можностите на детето.

- б. Да, за воспитувачот да побара намалување на вкупниот број на деца во групата.
- в. Да, за воспитувачот да побара вклучување и на стручните служби во креирањето стимулативна средина за развој.
- г. Да, за воспитувачот да има разбирање за однесувањето на детето.
- д. Да, за воспитувачот да ги нивелира очекувањата кои ги има од детето на неговите можности.
- ѓ. Не, затоа што воспитувачот не поседува стручност за работа со деца со состојби од аутистичен спектар и никако не е во можност да го поддржи развојот на овие деца.

20. Дали воспитувачот треба да е вклучен во тимот кој спроведува рана интервентна програма кај дете од неговата група, а кој се спроведува надвор од градинката?

- а. Да, затоа што е потребна координација и единство на делување за потребите за развој на детето со аутизам.
- б. Не, затоа што воспитувачот делува во согласност со своите можности во рамки на својата секојдневна работа со детето.
- в. Не, затоа што тоа значи дополнителен ангажман за кој воспитувачот не добива финансиски надоместок.

21. На кое ниво треба да се одвива соработката на родителите на дете со аутизам и неговиот воспитувач?

- а. Меѓусебно споделување информации за здравствената состојба или за земањето лекови.
- б. Меѓусебна соработка за развојните потреби на детето и единство во делувањето.
- в. Соработка која ги вклучува и родителите на другите деца во групата.
- г. Воспитувачот нема време за соработка со родителите за потребите за развој на детето со аутизам поради профилот на работни обврски.

ПРАШАЛНИК ЗА МАТИЧНИ ЛЕКАРИ

Почитувани,

Во ова време невреме, ставени во првата линија на отпорот, замолувам да одвоите барем пет (5) минути од вашето време и да одговорите на прашалникот кој е во продолжение. Прашалникот е анонимен, а податоците се генерираат во системот по завршување на прашалникот со притискање на копчето ЗАВРШИ. Истиот е дел од истражување кое го спроведува Нада Дупјачанец-Николовска во рамки на својот магистерски труд на тема: *Детекција, дијагностика и рани интервентни програми кај аутизам*, под менторство на проф. д-р Владимир Трајковски.

Однапред ви благодарам за одвоеното време.

1. Во празното поле запишете го градот во кој работите.
2. Возраст:
3. Пол:
 - а. Машки.
 - б. Женски.
4. Работно искуство во професијата:
 - а. Помалку од 5 години.
 - б. 5 до 10 години.
 - в. 11 до 15 години.
 - г. 15 до 20 години.
 - д. Повеќе од 20 години.
5. Дали имате пациенти кои се дијагностицирани со АСН (аутистичен спектар на нарушувања)?
 - а. Не.
 - б. Да.
 - в. Ако одговорот е **да**, на која возраст е поставена дијагнозата?
6. Дали досега сте испратиле пациент со основано сомнение за дијагноза F48 на понатамошна опсервација до МКФ, до центар за ментално здравје или на нив сродна установа?
 - а. Да.
 - б. Не.
7. Според вашето мислење, која е соодветната возраст на која би можело со сигурност да се утврди дијагнозата аутизам?
 - а. Од 2 до 3 години.
 - б. Од 4 до 5 години.
 - в. Од 6 до 8 години.
 - г. Над 8 години.
8. Дали во подолу посочените скали препознавате скала за дијагностичка проценка на аутизам?
 - а. SNAP- IV.
 - б. CARS.
 - в. DABS.
 - г. IBELS (PLS5).
 - д. Ниту една од посочените.
9. Според вас, кое однесување најдобро опишува лице со аутизам?
 - а. Проблеми со социјалните интеракции.
 - б. Проблеми со задржување на вниманието.
 - в. Проблеми со моторното функционирање.
 - г. Неинтегрираност на сетилата.
 - д. Проблеми со вербалната и невербалната комуникација.
 - е. Проблеми со однесувањето.
 - ж. Когнитивни нарушувања (помнење, мислење).
 - з. Сите погоре посочени.
 - з. Ниту едно од погоре посочените.
10. Според вас, што претставува рана интервентна метода во третманот на АСН (аутистичен спектар на нарушувања)?
 - а. Интервентна метода која почнува да се спроведува пред 2-та до 3-тата година
 - б. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 4 до 5 години.
 - в. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 6 до 7 години.
 - г. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 8 до 10 години.

11. Според вашето мислење, колкави би можеле да бидат ефектите од раната интервентна метода кај АСН (аутистичен спектар на нарушувања)?

- а. Недоволно.
- б. Делумно.
- в. Доволно.
- г. Многу.

12. Според вас, дали имате доволни познавања за аутистичната симптоматологија со цел рана дијагностика?

- а. Недоволно.
- б. Делумно.
- в. Доволно.
- г. Многу.

13. Според вас, дали има потреба доколку кај некое дете има потврдена дијагноза F48 истата да се сподели со градинката каде што детето престојува, во согласност со родителот?

- а. Да, со цел персоналот да добие увид во состојбата и соодветно да одговори на истата.
- б. Да, само во услови кога состојбата е поврзана со епилепсија, алергија на лактоза, нетолеранција на глутен и казеин.
- в. Да, само кога детето прима лекови/медикаменти или се воведува во медикаментозен третман поради можни промени во однесувањето.
- г. Не, затоа што детето ќе биде одбележано од средината.
- д. Не, затоа што споделената информација никако не би одела во прилог на детето кое престојува во градинка.

14. Според вас, дали формуларот кој го пополнува матичниот лекар, во прилог на пријавата за прием во градинка, е соодветен за да сведочи за здравствената состојба на детето?

- а. Недоволно.
- б. Делумно.
- в. Доволно.
- г. Многу.

15. Со колкава точност можете да потврдите доследност во развојот на моториката, говорот, видот, слухот, како и алергиите кога издавате потврда за упис во градинка кај дете на возраст од 9 месеци?

- а. Недоволно.
- б. Делумно.
- в. Доволно.

16. Според вас, дали формуларот кој го пополнува матичниот лекар, во прилог на пријавата за прием во градинка, треба да содржи и дополнителни информации за медицинските состојби на детето, особено оние кои можат да влијаат на развојот на моторните, когнитивните, социоемоционалните и говорните вештини?

- а. Да
- б. Не

Образложете го својот одговор **Не**.

17. Според вас, кој би требало прв да го забележи евентуалното присутно развојно задоцнување или развоен регрес кај детето?

- а. Родителите.
- б. Воспитувачот/негувателот.
- в. Матичниот лекар.

18. Според вас, која е соодветната возраст на која детето би требало да се упати на понатамошна дијагностика доколку процените присутно развојно задоцнување или сомнение за евентуално присутен аутизам?

- а. Веднаш штом ги забележам симптомите.
- б. Кога детето ќе наполни 3 години.
- в. Меѓу 4 и 5 години.
- г. По 6 години.

ПРАШАЛНИК ЗА РОДИТЕЛИ ЧИИ ДЕЦА СЕ ЗГРИЖЕНИ И СЛЕДАТ ВОСПИТНО-ОБРАЗОВЕН ПРОЦЕС ВО ДРЖАВНИТЕ ГРАДИНКИ ВО МАКЕДОНИЈА

Почитувани родители, прашалникот кој го пополнувате е анонимен. Системот по автоматизам ги генерира дадените информации по притискање на копчето на дното од прашалникот. Искреноста во давањето на одговорите е од круцијално значење за увид во состојбите и градењето стратегии за подобрување на истите, а во согласност со презентираниите резултати. Прашалникот се спроведува во рамки на магистерскиот труд на Нада Дупјачанец-Николовска, професор по предучилишно воспитание и образование, а под менторство на проф. д-р Владимир Трајковски. Пополнувањето на прашалникот ќе ви одземе само 5 (пет) минути.

Однапред се заблагодарувам за времето кое ќе го издвоите за негово пополнување.

1. Наведете ја возраста.
2. Наведете ја вашата полова припадност:
 - а. Машки.
 - б. Женски.
3. Ве молам, наведете го градот во кој живеете.
4. Степен на образование:
 - а. Без образование.
 - б. Основно образование.
 - в. Средно образование.
 - г. Високо образование.
 - д. Магистерски студии.
 - ё. Докторски студии.
5. Број на деца во семејството:
 - а. Едно дете.
 - б. Две деца.
 - в. Три деца.
 - г. Четири и повеќе деца.
6. Дали имате познавања за тоа како треба да се развива вашето дете во делот на развој на моторните функции, говорот, социјалниот контекст, емоциите и когнитивниот развој на секоја од возрастите во предучилишниот период (од 0 до 6 години)?
 - а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
7. Дали одговорниот воспитувач на групата пред почетокот на воспитно-образовната година ве информира за развојните очекувања за детето во согласност со возраста (за тековната година)?
 - а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
8. Според вас, што е аутизам?
 - а. Болест.
 - б. Синдром (како: Даунов синдром, Едвардсов синдром, синдромот Патау).
 - в. Социјална изолација.
 - г. Емоционална незрелост.
 - д. Первазивно развојно нарушување со тешкотии во социјалната комуникација, интеракциите и репетитивното однесување.
 - ё. Ништо од погоре посоченото.
9. Дали сте имале претходно искуство со дете со аутистичен спектар на нарушувања?
 - а. Да.
 - б. Не.
 - в. Не знам.
10. Според вас, кое однесување најдобро опишува дете со аутизам?
 - а. Проблеми со учество во игрите.
 - б. Проблеми со задржување на вниманието.
 - в. Проблеми со моторното функционирање.
 - г. Сетилна пречувствителност или нечувствителност.

- д. Проблеми со вербалната и невербалната комуникација.
 - ѓ. Проблеми со однесувањето.
 - е. Когнитивни нарушувања (помнење, мислење).
 - ж. Сите погоре посочени.
 - з. Ниту едно од погоре посочените.
11. Според вас, што претставува рана интервентна метода во третманот на АСН ?
- а. Интервентна метода која почнува да се спроведува пред 2-та до 3-тата година.
 - б. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 4 до 5 години.
 - в. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 6 до 7 години.
 - г. Интервентна метода која почнува да се спроведува на возраст од 8 до 10 години.
12. Според вашето мислење, колкави би можеле да бидат ефектите од раната интервентна метода кај АСН (аутистичен спектар на нарушувања)?
- а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
13. Дали ја поддржувате инклузијата (вклучувањето) на децата со аутизам во градинките?
- а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно.
 - г. Многу.
14. Според вас, дали воспитувачот треба да ве информира за одредено развојно отстапување кое го забележал кај вашето дете?
- а. Да.
 - б. Не.
 - в. Не знам.
15. Како би постапиле доколку воспитувачот ве информира дека забележал развојна недоследност кај вашето дете?
- а. Добиената информација би ја сфатил сериозно и би го упатил детето на дополнителна дијагностика.
 - б. Добиената информација би ја земал со резерва поради сомневање дека воспитувачот ја има потребната стручност за тоа да го детектира, но би делувал.
 - в. Не би сторил ништо затоа што воспитувачот сигурно погрешил.
 - г. Би побарал да се промени воспитувачот зашто очигледно ништо не знае.
16. Доколку вашето дете е дијагностицирано со аутизам, дали би ја споделиле информацијата со воспитувачот и градинката?
- а. Не, затоа што тоа нив не ги засега.
 - б. Не, затоа што ќе го одбележат и отфрлат детето поради состојбата.
 - в. Не, затоа што тие секако не се во можност да одговорат на потребите на моето дете.
 - г. Да, за воспитувачот соодветно да одговори на потребите на детето со аутизам.
 - д. Да, за градинката да го намали вкупниот број на деца во групата.
17. Препораката да го упатите детето на дополнителна проценка ќе ја сфатите сериозно и ќе ја прифатите доколку истата доаѓа од:
- а. Воспитувачот.
 - б. Дефектологот/логопедот во градинката.
 - в. Психологот/педагогот во градинката.
 - г. Матичниот лекар.
 - д. Никој.
18. Дали мислите дека воспитувачот ги поседува потребните стручни компетенции за да одговори на потребите на детето со аутизам?
- а. Недоволно.
 - б. Делумно.
 - в. Доволно
 - г. Многу.
19. Кој би требало да ги реализира активностите кои се во прилог на развојот на дете со аутизам?
- а. Воспитувачот/негувателот.
 - б. Дефектологот/логопедот.
 - в. И воспитувачот и дефектологот.