



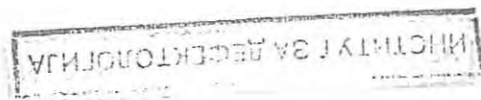
УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ–СКОПЈЕ
ИНСТИТУТ ЗА ДЕФЕКТОЛОГИЈА



**СЕМЕЈНО ФУНКЦИОНИРАЊЕ И ОДНЕСУВАЊЕ НА
РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕЦА СО АУТИЗАМ**

-магистерски труд-

мн 6.3096
8.04.2014



Кандидат:
Розалија Давковска

Ментор:
Проф. д-р Владимир Трајковски

Јуни 2014
СКОПЈЕ

ОДБРАНА НА МАГИСТЕРСКИ ТРУД

СЕМЕЈНО ФУНКЦИОНИРАЊЕ И ОДНЕСУВАЊЕ НА РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕЦА СО АУТИЗАМ

Комисија за оцена на
магистерски труд:

Кандидат:
Розалија Давковска

1. Проф. д-р Владимир Трајковски

2. Проф. д-р Огнен Спасовски

3. Проф. д-р Зоран Киткањ

Датум:

09.06.2014

*Овој магистерски труд им го посветувам на моите родители
Милорад и Јонка Давковски*

СОДРЖИНА

РЕЗИМЕ.....	6
ABSTRACT.....	8
ВОВЕД.....	10
I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ	13
1. Первазивни растројства.....	13
1.1 Поим и дефиниција за первазивни растројства.....	13
1.2 Поим и дефиниција за аутизам.....	15
1.3 Епидемиологија.....	16
1.4 Етиологија.....	17
1.5 Клиничка слика.....	19
1.6 Дијагноза, третман и прогноза.....	21
2. Семејство и видови семејства.....	23
2.1 Дефиниција за семејство.....	23
2.2 Главни карактеристики на семејството.....	23
2.3 Видови семејства.....	24
3. Семејство и дете со аутизам.....	25
4. Кохезија и адаптибилност.....	29
5. Стратегии во однесување.....	31
6. Стрес во семејството.....	34
7. Социјална поддршка.....	37
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ	40
1. Предмет на истражување.....	40
2. Цел на истражувањето.....	40
3. Задачи на истражувањето.....	41
4. Хипотези.....	42
5. Варијабли на истражувањето.....	43
6. Методи, техники и инструменти.....	43
7. Популација и примерок.....	48

8. Статистичка обработка.....	48
9. Организација и тек на истражување.....	49
III. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ	51
1. Демографска анализа.....	51
2. Дескриптивна анализа	57
2.1 Дескриптивна анализа кај експериментална група.....	57
2.1.1. Дескриптивна анализа на прашалникот за адаптација и кохезија во семејството- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III).....	57
2.1.2 Дескриптивна анализа на скалата ориентирана за лична проценка на кризите во семејството- Family crisis oriented personal evaluation scale (F-COPES).....	63
2.1.3. Дескриптивна анализа на прашалникот за согледување на социјалната поддршка од семејството и пријателите-Perceived social support from friends and from family (PSS-Fa, PSS-Fr).....	72
2.2 Дескриптивна анализа кај контролна група.....	77
2.2.1. Дескриптивна анализа на прашалникот за адаптација и кохезија во семејството- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III).....	77
2.2.2 Дескриптивна анализа на скалата ориентирана за лична проценка на кризите во семејството- Family crisis oriented personal evaluation scale (FCOPES).....	82
2.2.3 Дескриптивна анализа на прашалникот за согледување на социјалната поддршка од семејството и пријателите-Perceived social support from friends and from family (PSS-Fa, PSS-Fr).....	93
3. Компаративна анализа.....	98
IV. ДИСКУСИЈА	113
V. ЗАКЛУЧОЦИ	126
VI. ПРЕДЛОЗИ	129
VII. ЛИТЕРАТУРА	131
VIII. ПРИЛОЗИ	138

РЕЗИМЕ

Давковска Р. Семејното функционирање и однесување на родителите на деца со аутизам. Магистерски труд. Филозофски факултет: Скопје, 2014, 1-144.

Вовед: Во системот на функционирање на семејството, сите членови имаат подеднаква улога. Со тоа, секој член е клучен дел од целиот семеен систем. Доколку некој значаен настан му се случува на еден член од семејството тоа значи дека истиот тој настан влијае на целото семејство. Доколку во семејството има дете со аутизам, тогаш тоа има влијание на целокупното семејно функционирање.

Цел: Основната цел на овој магистерски труд е да се истражи функционирањето на едно семејство во кое има дете со аутизам. Исто така, да се направи споредба на семејното функционирање, нивото на користење на стратегии за справување со стресот и влијанието на социјалната поддршка во функционирањето, помеѓу семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам.

Методи: Во истражувањето е опфатен примерок од 140 испитаници, од кои 70 се родители (мајки и татковци) на деца со аутизам и 70 се родители (мајки и татковци) на деца со нормален развој. Податоците беа обработени со стандарден статистички програм SPSS - 21 for Windows 7, при што се анализираа мерките на централна тенденција (M) и мерките на варијабилност (SD), минималниот и максималниот скор. За статистички значајна разлика беше сметана разликата на ниво на значајност од $p < 0,05$.

Резултати: Во семејствата во кои има или нема дете со аутизам, постои статистички значајна разлика помеѓу балансираните и небалансираните семејства во однос на користење на поддршката од пријателите, односно небалансираните семејства ја користат повеќе од балансираните, а додека во однос на користењето на поддршката од семејството и вкупната социјална поддршка не постои статистички значајна разлика помеѓу двете групи од интерес.

Во оние семејства во кои има дете со аутизам не постои статистички значајна разлика во однос на користење на стратегијата добивање на социјална поддршка (Acquiring social support-ASS) и стратегијата барање духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS), односно мајките и татковците подеднакво ги користат овие две стратегии. Додека во однос на стратегиите: реструктурирање на проблемот (Reframing-R) пасивна оценка (Passive appraisal-PA) и мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF), постои статистичка значајна разлика, односно мајките во поголема мера ги користат овие стратегии да се справат со стресот отколку татковците.

Во однос на стратегиите за справување со стрес од страна на контролната група на испитаници, не постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците во користењето на овие стратегии, односно тие подеднакво ги користат, освен во однос на стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA) каде татковците во поголема мера ја користат оваа стратегија од мајките.

Постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците во користењето на поддршката од пријателите и вкупната социјална поддршка, односно мајките во значајно поголема мера ги користат овие видови поддршка, додека во користењето

на поддршката од семејството не постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците, односно тие ја користат во иста мера во семејствата во кои има дете со аутизам.

Мајките на деца со аутизам во поголема мера го перцепираат семејството како кохезивно и адаптивно, посакуваната кохезија е на повисоко ниво кај нив отколку кај татковците, додека во однос на нивото на посакуваната адаптација не постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците.

Помеѓу семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам во однос на користењето на поддршката од пријателите постои статистички значајна разлика, односно семејствата во кои нема дете со аутизам ја користат во поголема мера, но не постои статистички значајна разлика во користењето на поддршката од семејството и вкупната социјална поддршка помеѓу овие две групи од интерес.

Не постои статистички значајна разлика помеѓу бројот на балансиран и небалансиран семејства во семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам.

Заклучок: Постојат разлики во семејното функционирање, користењето на социјалната поддршка и користењето на стратегиите за справување со стресот помеѓу родителите во семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам. Најважно од сè за родителите на деца со аутизам е да имаат неопходна и системски организирана секојдневна поддршка за да можат да се справат со секојдневните предизвици.

Клучни зборови: аутизам, стратегии за справување со стрес, социјална поддршка, семејство.

ABSTRACT

Davkovska R. Family functioning and behavior of the parents of children with autism, Master's thesis, Faculty of philosophy, Skopje, 2014, 1-144

Introduction: In the system of functioning within the family, all the members have an equal role. Thereby, every member is a crucial part of family system. If some important event happens to one of the members it means that it influences the whole family. If there is a child with autism in a family, then it influences the whole family functioning.

Goal: The basic goal of this master's work is to research the functioning of one family with a child with autism and to compare family functioning, the level of using strategies for dealing with the stress and the influence of the social support in the functioning, between the families where there is a child with autism or there is not the one.

Methods: In this research there is included an example of 140 inquired, 70 of which are parents (mothers and fathers) of children with autism and 70 with children with normal development. Data have been processed with standard statistical program SPSS – 21 Windows 7, whereupon the measures of central tendency (M), the measures of variability (SD), the minimal and maximal score have been analyzed. Difference of the level of importance of $p < 0, 05$ have been considered as statistically important.

Results: In families with or without a child with autism, there is a statistically significant difference between the balanced and unbalanced families considering the support of their friends, i.e. unbalanced families use it more than the balanced ones, whereas considering the family support and the whole social support there is not a statistically significant difference between the two groups of interest.

In those families with a child with autism there is not a statistically significant difference considering the use of the strategy of acquiring social support – ASS and the strategy of seeking spiritual support – SSS, respectively mothers and fathers use these two strategies equally. Considering the strategies: reframing of the problem –R, passive appraisal –PA and mobilizing the family – MF, there is a statistically significant difference, which means mothers use these strategies more often than fathers in order to deal with the stress.

Regarding strategies for dealing with stress from the control group of inquired there is not a statistically significant difference between mothers and fathers using these strategies, which means they both use them equally, except the strategy of passive appraisal – PA which is used more by fathers than mothers. There is a statistically significant difference between mothers and fathers in using the support given by friends and overall social support, i.e. they both are more used by mothers, whereas in the use of family support there is not a statistically significant difference between mothers and fathers, which means it is used equally in families where there is a child with autism.

Mothers with a child with autism perceive the family as cohesive and adaptive and the acquired cohesion is on much higher level comparing fathers, whereas considering the level of acquired adaptation there is not a statistically significant difference.

Between families with a child with autism and those without one there is a statistically significant difference considering the use of friends support, i.e. families with a child without autism use it more but there is not a statistically significant difference in the use of family support and overall social support between these two groups of interest.

There is not a statistically significant difference between the number of balanced and unbalanced families in the families with a child with autism and those without one.

Conclusion: There are differences in families where there is a child with autism and in families with a child without autism considering family function, use of social support and strategies for dialing the stress.

The most important for families with a child with autism is to have an essential and systematically organized support for dealing with everyday challenges.

Key words: autism, strategies for dialing the stress, social support, family.

ВОВЕД

Тргувајќи од 1940 година, кога Лео Канер и Ханс Апергер први го опишале синдромот кој ние денес го знаеме како АУТИЗАМ, многу нешта поврзани со аутизмот се променети. Така, сè повеќе се проширува лепезата на истражувања поврзани со овој синдром (1).

Врз основа на трендот на зголемена преваленција од речиси 1%, аутизмот и аутистичниот спектар на нарушувања покажуваат најголема експанзија, оставајќи ги зад себе децата со јувенилен дијабетес и малигни заболувања. Овие предупредувачки знаци покажуваат на јавно здравствен проблем кој е итен, бидејќи аутизмот повеќе не претставува редок синдром (2).

Постои голема хетерогеност на клиничките фенотипови на аутистичниот спектар на нарушувања, со варијации на доминација на клучните симптоми и нивната тежина. Општо прифатениот став е дека раното откривање обезбедува рана интервенција за време на периодот кога терапевтскиот прозорец е широко отворен и кога е неопходно да се даде психосоцијална поддршка на семејството. Навременото соочување на родителите со фактот дека нешто не е во ред со нивното дете е од голема важност (3).

Поголемиот број родители кај своите деца тоа го забележуваат уште на 18 месеци, а додека 10% од нив тоа го забележуваат пред втората година.

Со овие податоци се нагласува потребата од раното дијагностицирање и пред третата година што го побива фактот дека не треба да се чека три години за да се дијагностицира аутизмот (4).

Клучот за оптимален детски развој се наоѓа во влијанијата од непосредната животна средина. Системот на семејството како дел од животната средина, игра централна улога во исходот на детскиот развој (5).

Некои истражувања покажуваат дека доколку едно семејство има дете со аутизам, тоа сигурно влијае на целокупното семејно функционирање.

Во студиите на семејства кои имаат дете со аутизам, истражувачите традиционално го испитуваат и се фокусираат на ефектот од родителите врз детето, а не на ефектот од детето врз родителите.

Во поново време студиите се фокусираат на проблемот на тешкотиите со кои се соочуваат родителите на деца со аутизам во нивното семејство (6).

Поголемиот број фамилијарни студии за аутизмот се фокусираат на мајка-дете и исклучуваат каква било анализа на таткото и другите членови во семејството или на пример, ги вклучуваат браќата и сестрите, но не и таткото. Придонесите на таткото во семејство каде има дете со аутизам се големи, но тешко е да се проценат (7).

Теоријата за фамилијарните системи се стекнува со висока популарност во последните години и служи како алатка за анализа на семејното функционирање.

Во прилог на испитување на дијадите во семејствата (врска меѓу мајка-дете или брат-сестра), истражувачите на фамилијарните системи ги проценуваат погледите и дејствијата на целото семејство. Другите системи кои комуницираат со семејствата се: пријатели, пошироките членови на семејството, општеството само по себе, училиштето итн. (8).

Во системот на функционирање на семејството, сите членови имаат подеднаква улога. Со тоа секој член е клучен дел од целиот семеен систем. Доколку некој значаен настан му се случува на еден член од семејството тоа значи дека истиот тој настан влијае на целото семејство. Па така, на пример доколку еден член од семејството добива дијагноза аутизам, тогаш овој момент влијае на целокупното семејно функционирање.

Во најголем број случаи, детето со аутизам има низок степен на социјално функционирање бидејќи има нарушување во комуникација, стереотипно, а понекогаш и агресивно однесување, кои се едни од факторите за нискиот степен на социјалното функционирање кај овие лица.

Се смета дека аутизмот е најтежок облик на нарушување во однесувањето на детството, со доста комплицирана развојна шема (9).

Дете со аутизам во семејството претставува голем стрес за сите членови, пред сè заради двосмисленоста на дијагнозата, тежината и времетраењето на нарушувањето, проблемите кои се јавуваат заради неуспешноста во почитувањето на општествените норми од страна на детето. Стресот се зголемува кога родителите ќе сфатат дека не постои лек за аутизмот. Иако, денес постојат многу начини кои

помагаат во подобрувањето на клиничката слика, сепак првичното соочување со тој момент е тежок.

Исто така, семејството во кое има дете со аутизам може ќе има потреба да направи безброј усогласувања за да може да функционира на просечно ниво (10).

Во литературата постојат и се разгледани различни аспекти на семејното функционирање и користењето на стратегии за справување, кои можат да бидат релевантни за семејствата кои имаат дете со аутизам, вклучувајќи кохезија, адаптибилност, социјална поддршка, семејна поддршка, итн.

Токму овој труд ќе го проучи семејното функционирање во кој ќе бидат разгледувани стратегиите за справување со стресот и функционирањето во семејството.

Целта на овој труд е да се истражи функционирањето на едно семејство во кое има дете со аутизам. Исто така, да се направи споредба на семејното функционирање, нивото на користење на стратегии за справување со стресот и влијанието на социјалната поддршка во функционирањето, помеѓу семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам.

I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ

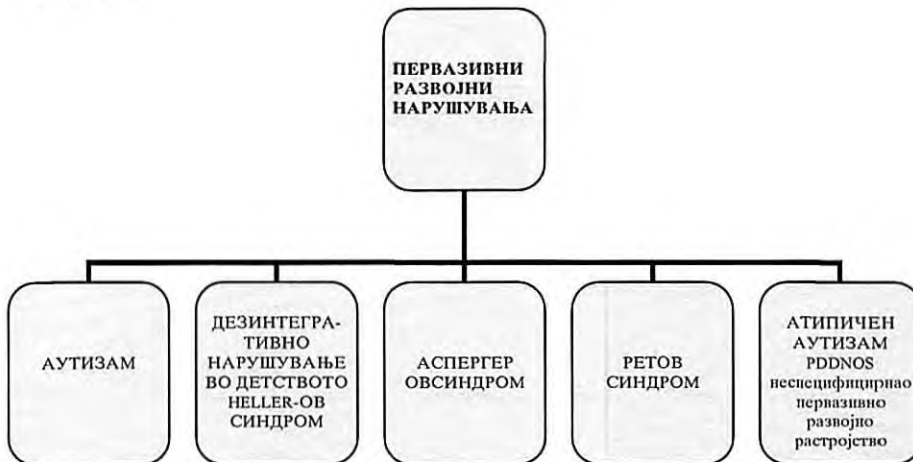
1. Первазивни растројства

1.1 Поим и дефиниција за первазивни растројства

Терминот „первазивни развојни расстројства“ за прв пат е употребен во 80-те години во **DSM III** класификацијата на Американската психијатриска асоцијација за да се опише една група на развојни нарушувања. Психопатолошките промени кај тие нарушувања продираат и ги зафаќаат сите сфери од функционирање на детето (11).

Дијагностичката категорија „Первазивни развојни растројства“ во **DSM 4** е спротивна на категоријата специфични развојни растројства, а во неа спаѓаат:

- Аутизам
- Аспергеров синдром
- Ретов синдром
- Дезинтегративно нарушување во детството (Хелеров синдром)
- PDDNOS или атипичен аутизам (неспецифицирано первазивно развојно растројство)



Слика 1. Графички приказ на первазивните развојни расстројства.

Вообичаена појава кај первазивните развојни растројства е периодот на нормален или наизглед нормален развој пред јасното појавување на клиничките симптоми. Со ретки исклучоци, општиот когнитивен развој е повеќе или помалку попречен. Ниту во еден момент не е најден биолошки индикатор што би можел да ја потврди дијагнозата (12).

Первазивните развојни растројства ги карактеризира оштетување на реципрочните социјални интеракции и обрасци на комуникација како и сиромашен, стереотипен, репетитивен репертоар на интереси и активности.

Овие длабоки абнормални однесувања на личноста се манифестираат во сите ситуации, иако можат да варираат во степенот на изразувањето (13).

Некои растројства од оваа група се смета дека се поврзани со органски пречки на ЦНС предизвикани од генетски, конгенитални, инфективни или трауматски фактори. Ова посебно се однесува на растројствата кои иницираат присуство на умерена, тешка и длабока ментална ретардација, како и појава на епилепсија (14).

Первазивните растројства се дефинирани во четвртото издание на дијагностичкиот и статистичкиот прирачник за ментални нарушувања (DSM 4), издаден од Американската психијатриска асоцијација (АПА) во 1994 година (15).

Петото издание (DSM 5) е издадено во мај 2013 година. Постојат повеќе критики за DSM IV кои се однесуваат на тоа дека стапката на преваленција на аутизмот е зголемена како резултат на проширување на критериумите за дијагностицирање на аутистичното нарушување.

Промените во DSM 5 вклучуваат:

- повеќе не постојат поддијагнози како аутистично нарушување, первазивно нарушување, дезинтегративно нарушување, Аспергеров синдром туку сите тие заедно се вклучени во дијагнозата аутистичен спектар на нарушување-АСН. Ретовиот синдром не е повеќе дел од од АСН, иако лицата со Ретов синдром може да имаат АСН.

Исто така, новиот дијагностички критериум опфаќа две области на функционирање наместо три:

- Социјална комуникација
- Рестриктивни и репетитивни однесувања.

Со оглед на ова научниците се надеваат дека ДСМ 5 ќе ги покрие недостатоците на корисен начин (16).

1.2. Поим и дефиниција за аутизам

Детскиот аутизам претставува первазивно растројство каде психопатолошките манифестации ги зафаќаат сите сфери на функционирање на детето кое обично нема период на нормален развој (примарен аутизам каде клиничката слика се јавува во првите месеци од раѓањето) или растројството се манифестира во текот на втората или третата година, но секогаш пред третата година од животот (секундарен аутизам) (17).

Аутизмот е едно од најтешките развојни нарушувања кое се јавува во најраното детство кое го загрозува нормалниот развој на детето и неговата адаптација во социјалната средина. Поимот аутизам потекнува од грчкиот збор „autos“ што значи сам, а може да се преведе како повлеченост во себе и егостично битисување. Иако аутизмот како термин е создаден во дваесеттиот век, за неговото постоење има податоци уште многу порано.

Разгледувајќи ги библиографските единици може да се дојде до повеќе дефиниции за аутизмот во кои се открива неговата суштина, комплексност и хетерогеност на клиничката слика (18).

Американската психијатриска организација во 1994 година го дефинира аутизмот како широк континуум на поврзани когнитивни и невробихејвиорални нарушувања, вклучувајќи три карактеристики: нарушување во социјализацијата, нарушување во вербалната и невербалната комуникација и рестриктивни и репетитивни шеми на однесување (19).

Според СЗО детскиот аутизам претставува первазивно развојно нарушување кое се дефинира со постоење на ненормален или оштетен развој што се манифестира пред третата година од животот со карактеристичен облик на патолошко функционирање во сите три области на социјалните интеракции, во комуникациите и со повторувачко однесување (20).

Австрискиот психијатар Лео Канер е многу значајно име кога станува збор за аутизмот. Имено, тој има објавено преку 260 статии и поглавја на тема аутизам, психологија и психијатрија. Во една негова студија од 1943 година се опишани 11 деца кои се идентификувани како деца со ран инфантилен аутизам или во денешната литература може да се сретне како Канеров аутизам. Терминот „аутизам,, го позајмил од психијатарот Еуген Блојлер кој го употребувал за да ја опише шизофренијата кај пациентите кои исто така покажувале повлеченост и нарушување во комуникацијата во екстремна форма (21).

Аутизмот како сложен општествен проблем, го поттикнува интересот кај голем број стручњаци и научници од целиот свет, а посебно неговата комплексност која бара истражување на етиологијата, карактеристиките, можностите за едукација, подобрување на третманот и рехабилитацијата на овие лица.

1.3. Епидемиологија

Епидемиолошките студии за аутизмот започнале во средината на шеесетите години во Англија и оттогаш почнуваат да се спроведуваат во државите ширум светот. Меѓу првите држави во кои се спроведуваат епидемиолошките студии се Америка, Данска, Шведска и Јапонија каде се истакнува дека преваленцијата изнесува 4-5 деца на 10.000 живородени (22).

Доколку се користат пошироки и различни критериуми може да се најде на многу поголем процент на преваленција во различни географски подрачја. На пример, во Велика Британија разгледувани се случаи на деца со аутизам каде доминирале проблемите во социјалните интеракции и говорот и таму преваленцијата изнесува 21 дете на 10.000, во Јапонија во студија на 21.610 деца се открива 1,3 деца со аутистично нарушување на 1.000 деца. Во Шведска во студијата на Rapin се објавува преваленција од 1-2 деца со аутизам на 1.000 живородени на возраст од 3 до 17 години (23).

Во една понова студија од 2003 на Yeargin-Allsopp се открива стапка од 34 деца со аутистичен спектар на нарушување на 10.000 живородени на возраст од 3-10 години во Атланта. Исто така, во оваа студија се открива преваленција од 60 деца на 10.000 живородени со аутистичен спектар на нарушување во пошироки рамки

вклучувајќи ги и первазивните растројства и Аспергер синдромот (24). Доколку овој податок се земе предвид може да се каже дека во Америка околу 425.000 деца помали од 18 години имаат аутистичен спектар на нарушување, вклучувајќи и 114.000 деца помали од 5 години.

Во однос на полот, машките се позасегнати од женските и тој однос се движи од 2,1:1 до 3,9:1 во корист на машките во светски рамки (25).

Во периодот меѓу 2007 и 2011-2012 година распространетоста на аутизмот кај деца на возраст од 6-17 години во САД значително е зголемена од 1,16% до 2.00%. Зголемувањето на аутизмот како во САД така и во другите развиени земји е тренд во изминатите неколку децении (26).

Во една понова студија од 2011-2012 година е направена анализа каде е утврдено дека е забележана зголемена преваленција на аутизам на деца на возраст од 6-9 и 10-13 години.

Основната причина за овој тренд не е можно да се утврди, но се претпоставува дека пораното дијагностицирање има многу важно влијание. Доказите од големиот број истражувања во областа на епидемиологијата, генетиката и неврологијата покажуваат на пренаталниот период како прозорец на изложеност за ризик факторите (27).

1.4. Етиологија

Поновите научни истражувања покажуваат дека аутизмот претставува биопсихолошко растројство во кое значајна улога имаат генетските и имунолошките фактори, перинаталните нарушувања, биохемиските и хормоналните чинители (28).

Современите медицински истражувања укажуваат на биолошки предизвикувачи на аутизмот. Има бројни значајни показатели за биолошка основа:

1. Аутизмот е често придружуван со невролошки симптоми;
2. Аутизмот е често асоциран со потешкотии во учењето;
3. Аутизмот е често придружуван со епилепсија;

4. Мајките на деца со аутизам често кажуваат за потешкотии во текот на бременоста;
5. Горенаведените состојби како вирусните инфекции, метаболните состојби и генетските нарушувања се тесно поврзани со аутистичниот спектар на нарушувања (29).

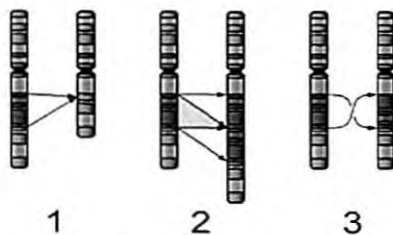
Во голем број истражувања се покажало дека факторите на средината во интеракција со генетските фактори се причината за појава на аутизамот. Тука се вбројуваат одредени видови храна, заразни болести, тешки метали, пестициди, алкохол, пушење, консумирање на недозволен дроги, пренатален стрес итн. (30)

Теоријата за вакцините како причинител е контроверзна. Можно е кога ќе се постави дијагнозата и кога родителите ќе станат свесни за состојбата на нивното дете да биде во периодот на редовното вакцинирање (31).

За теоријата на вакцините нема цврсти научни докази но, и покрај тоа сè повеќе родители ја избегнуваат имунизацијата (32).

Сите понови светски истражувања укажуваат дека аутизмот пред сè има цврста генетска основа, но генетскиот состав на аутизмот е сложен. Се работи за интеракција меѓу повеќе гени, околината и епигенетските фактори кои не го променуваат составот на ДНК, но се наследни и влијаат на репродукција на гените (33).

Најголем број од мутациите кои го зголемуваат ризикот за воспоставување дијагноза аутизам не се идентификувани. Причината не може да се најде во генетска мутација според Менделовите закони на наследување или пак во абнормалноста на еден хромозом. Во најголем дел аутизмот е резултат на хромозомска аберација во гените, како спонтанa делеција или дупликација на генетски материјал за време на мејозата.



Слика 2. делеција (1), дупликација (2), инверзија (3)

Оттука, голем дел од случаите на аутизам може да ги бараат своите корени во генетските причини, кои се наследни, но не наследени-што значи дека мутацијата која го предизвикала аутизмот не е присутна во родителскиот геном (34).

1.5 Клиничка слика

Клиничките манифестации главно се манифестираат во т.н *тријада на нарушувања* која во себе вклучува:

1. Нарушување на социјализацијата;
2. Нарушување на комуникацијата;
3. Нарушување на имагинацијата (35).

Нарушувањата на *социјализацијата* се однесуваат на проблеми во развивање на социјалната интеракција, избегнување на контакт очи во очи, сиромашна фацијална експресија. Децата со аутизам не можат да воспостават врска со децата на иста возраст, имаат намалени интереси, отсуство на емпатија која резултира со неможноста да се разберат туѓите чувства. Најчесто, не одговараат кога им се зборува, се повлекуваат и се држат на страна (36).

Околу една третина од лицата со аутизам не развиваат доволно говорни способности за да ги задоволат потребите за основната *комуникација*. Во првите три години од животот кај децата со аутизам се забележува задоцнување во говорот, необични гестикулации, испуштање гласови и зборови (37). Позната е појавата на ехолалија или постојано повторување на зборовите, како и честото отсуство на сврзниците при обидот за комуникација. Најчесто, лицата со аутизам кои имаат развиено говор, јазикот го користат на необичен начин. Не можат да ги поврзат зборовите за да направат реченица, повторуваат еден ист збор некое време и најчесто на прашање одговараат со прашање (38).

Има повеќе карактеристики поврзани со начинот на говор кои можат да бидат забележани кај лицата со аутизам кои вклучуваат: проблем со јачина на гласот-понекогаш е прегласно, гласот звучи механички или монотонно, изговорот на зборовите може да биде пренагласен (39).

Лицата со аутизам имаат тешкотија во користењето и разбирањето на гестовите, говорот на телото, гласовите и тоновите. На пример, може да не разбере што значи мафтањето со раката за довидување. Фацијалната експресија, движењата, гестикулацијата не одговараат со тоа што го зборуваат, па така може да се смеат, а да зборуваат нешто тажно (40).

Една од препознатливите карактеристики на аутизмот е неспособноста за игра или креирање на имагинарни активности, односно лицата со аутизам имаат *нарушување на имагинацијата*. Така, камионот играчка станува средство за играње само ако вртењето на тркалото му обезбедува стимулација (41).

Во раното детство има некои симптоми кои може да укажуваат на аутизам:

- не одговара на сопственото име на 12 месеци;
- не покажува интерес за случувањата во околината на 14 месеци;
- не игра имагинарни игри (да храни или успива кукла) на 18 месеци;
- избегнува контакт очи во очи и сака да биде само;
- има тешкотија во разбирањето на чувствата на другите луѓе;
- има тешкотии во говорот или јазичните способности;
- повторува зборови или фрази постојано;
- дава неповрзани одговори на прашања;
- има опсесивни интереси;
- ги стиска рацете, се вртат во круг;
- имаат необични реакции на звуци, мириси и вкусови (42).

Многу индивидуи со аутизам имаат и здравствени проблем:

- невролошки нарушувања вклучувајќи епилепсија;
- гастроинтестинални проблем;
- компромитиран имун систем;
- нарушување на фината и грубата моторика;
- анксиозност и депресија (43).

Исто така многу рано може да се забележат и одредени промени кои се однесуваат на:

1. Емоционалниот живот се развива споро или не се развива;
2. Детето не ја забележува реалноста или едвај ја забележува, иако неговите сетили се интактни, така што не реагира на визуелни и слушни дразби. Исто така, детето не реагира на допири, галење итн.;
3. Интелектуалниот развој е забавен, особено кај децата кај кои аутистичното растројство се јавува рано, а оние кои достигнале одредено ниво на интелектуален развој функционираат под тоа ниво;
4. Говорот не се развива ако аутизмот се развил рано, а ако говорот веќе се појавил, тогаш покажува тенденција на успорувње. Ако говорот е присутен, тој не служи за комуникација со околината;
5. Перцепциите, особено визуелните и слушните се забавени, така што детето остава впечаток дека е глуво или слепо;
6. Играта на детето со аутизам е поедноставна, без содржина и фантазија, празна е и стереотпна;
7. Детето тежнее да се задржат истите околности (простор, лица, предмети), а секоја нивна промена предизвикува страв, немир и агресивност (44).

1.6 Дијагноза, третман и прогноза

Постојат низа тестови со кои може да се дијагностицира аутизмот. Бидејќи не постои биолошки тест за аутизам, дијагностицирањето обично се базира на специфични критериуми од DSM IV, а од оваа година и DSM V на Американската психијатриска асоцијација. Исто така, се користат и ICD-10 критериуми на Светската здравствена организација (45). Дијагностицирањето често вклучува и други специфични скрининг алатки како:

- Аутизам дијагностичката опсервација (ADOS);
- Аутизам дијагностичкото интервју (ADI-R);
- Рејтинг скала за детски аутизам (CARS);
- Vineland скала (46).

За да се дијагностицира аутизам се применуваат и други дијагностички постапки како на пример: процена на слух и аудитивни тестови, крвни анализи, имунодијагностички тестови и дефектолошка проценка (47).

Бидејќи не постои единствен лек, третманот на аутизмот вклучува постапки кои се однесуваат на севкупното функционирање на личноста.

Биомедицинскиот третман вклучува диети, додатоци во исхраната како витамини и минерали, имунолошка терапија, терапија со лекови итн. (48).

Во третманот на аутизмот се користат специфични методи на работа како што е TEACCH, PECS, ABA.

Бихевиоралната терапија е многу важен сегмент во третирањето на аутизмот. Таа се однесува на постапки преку кои се намалува несоодветното однесување и унежувањето на социјалните вештини (49). Психотерапијата се однесува на советување и поддршка на родителите на децата со аутизам.

Најголема вредност има советувањето (супортивна терапија), заради надминувањето на тешките периоди и депресијата, предизвикани од основниот проблем (50). Во третманот на аутизмот се користи и музикотерапија, терапија низ цртеж, Холдинг терапија, Daily life therapy, и психомоторна реедукација (51).

Прогнозата на аутизмот пред сè најмногу зависи од раното откривање и раната интервенција, а директно е поврзана со коефициентот на интелигенција, вербалните способности и интензивниот мултидисциплиниран приод во третманот. Една британска студија (2004), која опфаќа 68 возрасни кои биле дијагностицирани пред 1980 година како деца со аутизам со IQ над 50, покажува дека 12% од нив постигнале високо ниво на независност како возрасни, 10% имаат работа и пријатели, на 19% им била потребна значителна поддршка, на 46% високо ниво на поддршка, а на 12% високо ниво на болничка нега (52).

Заради промените во дијагностичката практика и зголемувањето на достапноста на раната интервенција станува јасно дека сите овие наоди не можат точно да се генерализираат.

Прогнозата е релативно добра за оние лица кои завршуваат образование, имаат развиено комуникациски вештини, се вработуваат и водат секојдневен нормален живот (53).

2. Семејство и видови семејства

2.1 Дефиниција за семејство

Семејството е составна единица на социјалното општество и не може да се замисли заедницата да функционира без него. Семејството е универзална социјална институција, односно дел од човековата заедница. Бројните дефиниции за семејството, покажуваат дека се дефинира од различен аспект на гледање на нештата (54).

Обединетите нации (1948) ја дава следнава дефиниција за семејство:

„Семејството е природна и основна единица на општеството и има право на заштита од страна на општеството и државата“.

Patterson и Rothausen (1999) толкуваат дека поголемата употреба на зборот „семејство“ во истражувањата укажуваат на тоа дека често е дефинирано како „брачниот другар и децата“ или „роднини во фамилијата“(55).

Семејството како што е дефинирано во економијата, психологијата, социологијата, често е комбинација на претставите за домаќинството и роднините.

McDaniel и соработниците (2005) го дефинираат семејството како група луѓе поврзани биолошки или емоционално. Тоа е група луѓе која е значајна за добросостојбата на човекот (56).

2.2. Главни карактеристики на семејството

1. Универзалност: Нема човечко општество во кое некој вид семејство не се појавило. Едно семејство кое се состои од мајка, татко и нивните деца, се наоѓа во сите заедници, цивилизирани или нецивилизирани. Нагонот за репродукција и заедничките економски потреби придонесуваат за оваа универзалност.

2. Емоционална основа: Семејството се темели на емоции и чувства. Тоа е основа за раѓање, мајчинска посветеност, братска/сестринска љубов, родителска грижа. Таа е изградена врз основа на чувствата љубов, сочувство, соработка и пријателство.

3. Ограничена големина: Како примарна група големината е секогаш ограничена. Тоа е најмалата општествена единица.

4. Формативно влијание: Семејството е средина во која се формира личноста на нејзините членови.

5. Нуклеарна позиција во општествената структура: Семејството е јадрото на сите други општествени организации. Целата општествена структура е изградена од семејни единици.

6. Одговорност на членовите: Членовите во семејството имаат одредени обврски и одговорности.

7. Социјална регулација: Семејството е заштитено со законска регулатива (57).

2.3 Видови семејства

Во текот на годините, структурата на семејството претрпува одредени промени. Структурата на семејството не може да покаже како тоа семејство навистина функционира.

Постојат четири видови на семејства според неговата структура:

брачен пар без деца;

брачен пар со дете-деца кои не се во брак;

родители (партнери кои не се во брак) со дете-деца кои не се во брак;

мајка со дете-деца кои не се во брак и

татко со дете-деца кои не се во брак.

1. Нуклеарното семејство или уште се нарекува и традиционално се состои од двајца родители (мајка и татко), нивните биолошки или посвоени потомци. Во овој вид на семејство, родителите им пружаат љубов на своите деца, постои емоционална поддршка меѓу членовите;

2. Самохран родител е структура на семејство каде детето живее со едниот родител, од било која причина (развод, смрт на еден од родителите, вонбрачно дете);

3. Поширокото семејство е вид на семејство каде две или повеќе возрасни лица од различни генерации делат едно домаќинство. Ваквиот вид на семејство вклучува родители и деца, братучеди, тетки, вујковци, баби и дедовци.

4. Бездетно семејство е вид на семејство каде од било која причина нема потомци. Некои од нив можеби ќе имаат деца во иднина, некои можеби не ни можат да имаат (58).

3. Семејство и дете со аутизам

Сите семејства се соочуваат со промени. Некои промени може да ја изменат структурата на семејството, како и ефектот на растење и созревање на децата. Семејствата може да бидат изложени на многу стресни ситуации заради: развод, смрт во семејството, дете со пречки во развојот.

Растење на дете со пречки во развојот во семејство, додава нова димензија на комплексноста и предизвиците на родителството. Возраста на детето кога е поставена дијагнозата, специјалните потреби, културата на семејството се чинители кои можат да влијаат на семејното функционирање. Некои од посебните потреби кои ги имаат овие деца бараат интензивна медицинска интервенција и поддршка, адаптивна опрема или сместување, додека пак други бараат интензивни интервенции во однесувањето (59).

Додека трае периодот на дијагностицирање, потребите и условите на семејствата се менуваат со текот на времето. Нивните животи се серија на реакции и адаптации, серија на транзиции и повторни усогласувања, произлезени од развојните фази на детето, возраста, сериозноста на хендикепот и тековните медицински прашања.

Секое семејство е уникатно и има различни искуства во периодот додека трае дијагностицирањето, планирањето и прилагодувањето за да се задоволат потребите на детето со аутистичен спектар на нарушување. Добивањето дијагноза е често

кулминација на еден долг процес кога родителите се подложени во потрага да го разберат нивното дете (60).

Доколку едно семејство има дете со аутизам, секако дека тоа влијае на целокупното семејно функционирање. Особено бидејќи станува збор за комплексно развојно нарушување кое причинува дополнителен стрес во семејството. Во такво семејство и најмалите проблеми кои се создаваат може да изгледаат како нерешливи.

Родителите на деца со аутизам може да почувствуваат вина, срам, изолираност итн. Ова се објаснува со фактот дека ниту еден родител не очекува неговото дете да биде дете со аутизам.

Кај браќата и сестрите на детето со аутизам се разликуваат повеќе видови извори на стрес. Еден од изворите всушност претставува самиот срам кој постои од своите врстници. Браќата и сестрите може да почувствуваат нервоза и неизвесност кога нивните пријатели ќе бидат во близина, стравувајќи притоа нивниот брат или сестра со аутизам да не покаже агресивно однесување (61).

Autism Society од 2011 година во една студија опфаќа браќа и сестри на возраст од 7-20 години, кои имаат брат или сестра со аутизам. Во оваа студија се потврдуваат чувствата на страв кај нив. Студијата на Orsmond & Seltzer 2007 ги потврдува овие резултати, покажувајќи на негативните аспекти од присуството на брат или сестра со аутизам во семејството.

Друг извор на стрес кај браќата и сестрите се гледа во нивната љубомора за помалку посветеното време од страна на родителите. За некои родители претставува тешкотија да се балансира поминатото време со сите деца, особено ако се работи за дете со аутизам кое има поголема потреба од неа (62).

Тргнувајќи од честотата на појавата на агресивно и импулсивно или опсесивно однесување на децата со аутизам, може да се претпостави како тоа ќе влијае на семејното живеење и функционирање.

Сите истражувања покажуваат дека родителите на децата со посебни потреби се особено подложни на стрес. Високи нивоа на вознемиреност се пронајдени во 70% од мајките и 40% од татковците на деца со сериозен инвалидитет.

Rivers и Stonemen откриваат дека информациите од повеќето студии за ефектот на детето со аутизам врз семејството ги добиваат од страна на мајката, но не и од страна на таткото (63).

Покрај тоа, психолошката литература и специфичните студии за децата со посебни потреби покажуваат дека родителската вознемиреност влијае на многу начини на семејното функционирање. Иако, постојат многу други развојни нарушувања кои влијаат на функционирањето на семејството, сепак аутизмот е единствен на повеќе начини:

1. Аутизмот нема јасна биолошка етиологија за разлика од многу други пречки во развојот, како што се ментална ретардација, глувост, слепило и афазија. Оваа двосмисленост доведува до потешкотија за родителите да го прифатат целокупното дејствување на детето (64).
2. Бидејќи се карактеризира со проблеми во социјална интеракција, родителите на деца со аутизам често ги занемаруваат фундаменталните придобивки на родителството. Како резултат на тоа, аутизмот се смета како еден од најкомплексните развојни нарушувања со кои семејствата треба да се справат.

Истражувањата покажале дека аутизмот може да создаде поголема родителска вознемиреност и тензија од родителите на деца со други развојни нарушувања, родители на деца со физички пречки или потешкотии во учењето (65).

Иако, некои истражувања покажуваат високо ниво на семејно функционирање, сепак овие родители чувствуваат повеќе стрес од родители на деца со медицински проблеми или други развојни нарушувања. Генерално, мајките покажуваат поголем стрес и и депресија отколку татковците.

DeMueг истакнува дека постојат студии за семејства на деца со аутизам во кои е вклучена оценката на двајцата родители. Ваквите истражувања може да имаат свој придонес во зголемувањето на услугите кои им се потребни на семејствата, ако се земе предвид и сè поголемата распространетост на аутизмот на светско ниво (66).

Во научната литература не постојат голем број истражувања кои прават споредба на психичкото здравје на родители кои имаат дете со аутизам со општата популација. Во 2003 година, националното истражување на детското здравје во

Америка покажува дека мајките чии деца се дијагностицирани со аутизам покажуваат лабилно ментално здравје за разлика од општата популација (67).

Релациите на родителите со пријателите можат да бидат нарушени заради природата на нарушувањето. Социјалниот живот на родителите може да биде ограничен заради задоволување на потребите на нивното дете. Заради ова некои родители се чувствуваат како да се затворени во еден круг и колку симптомите се посериозни толку стресот е поголем (68).

Сонот и спиењето е важен фактор за здрав развој, но симптомите на аутизмот вклучуваат нарушено и неправилно спиење. Ова значи дека родителите неминовно страдаат на ист начин што го зголемува стресот и заморот (69).

Можеби придружните ефекти на овој недостаток е тоа дека психијатриските нарушувања се почести кај родителите на деца со аутизам отколку кај родителите на деца со нормален развој. Затоа се ограничуваат нивните очекувања што претходно ги имаше, се чувствуваат изгубени и депресивни, при што се менува семејното функционирање (70).

Важни елементи за нормално семејно функционирање претставуваат кохезијата во семејството, адаптивилноста, социјалната поддршка, семејната поддршка, стратегиите во однесувањето итн.

4. Кохезија и адаптивилност

Нивото на адаптивилност на семејството се однесува на способноста на едно семејство да се соочи со животна ситуација, да се генерираат нови решенија на проблемите, да се менуваат улоги и одговорности.

Иако, адаптивилноста често се поврзува со кохезијата, овие две конструкции не само што концепциски се различни една од друга, исто така прилично се и неповрзани (71).

Семејствата на деца со развојни нарушувања се уникатни во своите искуства и покажуваат широк спектар на семејна динамика. Способноста на едно семејство да стане флексибилно, да се реорганизира околу нови предизвици, најверојатно ќе им

овозвозможи на своите членови да исполнат многу предизвици во семејниот живот (72). Спротивно на тоа ригидноста во семејната динамика може да го задуши креативното размислување и решавањето на новите проблеми.

Адаптибилноста се дефинира како мерка за способноста на семејството за промени, како одговор во стресна ситуација. Ако адаптибилноста исто така се сфати како континуум, тогаш на едниот крај од тој континуум се наоѓа ригидното семејство, кое не менува ништо во системот, во ситуација кога треба да одговори на голем стрес. Обично овој тип на семејство има став за тоа дека таткото е глава на семејството, па така мајката има голем товар во грижата за семејството (73).

Адаптибилноста може да биде од големо значење за поединци чии посебни потреби бараат зголемено решавање на проблемите.

Deimling, Smeglia, а Shefer (2001) покажуваат дека ниската адаптибилност е најсилниот индикатор за депресија на родителите.

Seligman и Darling истакнуваат дека постојат неколку области кои може да го подобрат семејното функционирање на семејства во кои има деца со аутизам. Тие области се всушност, кохезијата и адаптибилноста на семејството, механизмите за справување како што е социјалната поддршка итн. Постојат многу студии кои мерат механизми за справување на семејствата, но ниту една од тие студии не вклучува и не го мери нивото на семејното функционирање и задоволството од функционирањето на семејството (74).

Во општата популација високото ниво на семејната адаптибилност е поврзана со помал процент на проблеми и во однесувањето кај децата.

Семејство кое добро функционира има добар баланс на кохезија и адаптибилност.

Кохезијата во едно семејство ја претставуваат емотивните врски кои членовите во семејството ги покажуваат едни кон други што ги држи заедно како еден систем.

Според Olson, Portner и Lavee, семејната кохезија е дефинирана како: емоционално поврзување на членовите еден кон друг (75).

Minuchin укажува на тоа дека екстреми во континуитетот на кохезија во семејствата се концептите на ангажираност и неангажираност. Семејствата со

висока ангажираност се премногу вклучени во заштитата на своите деца. Таквите премногу заштитнички семејства, можат да имаат лошо влијание врз развојот на дете со аутизам, бидејќи не можат да го промовираат неговиот развој и независност (76).

Olson И неговите соработници во едно истражување истакнуваат дека во семејство во кое има умерено ниво на кохезија и адаптибилност се очекува подобро да функционира, за разлика од семејство кое има екстремно ниво на кохезија и адаптибилност. Овие истражувачи на крајот од истражувањето даваат извештај каде стои дека и оние семејства кои имаат екстремно ниво на кохезија и адаптибилност се задоволни од функционирањето на своето семејство.

На спротивниот крај од континуумот, односно, неангажираноста кај семејствата може да предизвикува анксиозност. Ваков тип на семејство кај дете со посебни потреби, можеби ќе успее да развие независност, но нема да допринесе тоа дете да се почувствува сакано и заштитено (77).

Sanders и Morgan прават компаративна анализа на семејства каде има деца со аутизам со семејства каде има дете со Down синдром и семејства каде нема дете со нарушувања во детскиот развој. Интересен е фактот дека овие истражувачи не наоѓаат разлики во семејното функционирање во однос на кохезијата, адаптибилноста, конфликтите, независноста итн. (78).

За добро функционирање на семејство во кое има дете со аутизам, Бристол наоѓа дека семејствата кои се тесно поврзани, способни да ги изразат емоциите, способни да дадат поддршка, вклучени во разновидни надворешни рекреативни активности, се посposобни да се прилагодат на тешкотиите при грижата за дете со аутизам.

Ригидните семејства може да имаат потешкотии во грижата за дете со посебни потреби кое бара дополнителна нега, бидејќи другите членови на семејството не се подготвени да го намалат зголемениот товар кој го има мајката.

На другиот крај од континуумот се хаотичните семејства кои се карактеризираат со нестабилни и неконзистентни промени. Во таквите семејства, малиот број на поставени правила може постојано да се менува.

Нивото на адаптација и кохезија во едно семејство има важна улога во семејното функционирање

Оние семејства кои имаат умерено ниво на кохезија и адаптација се балансираните семејства, спротивно на тоа, небалансираните семејства имаат високо или ниско ниво на адаптација и кохезија (79).

Во ова истражување ќе се земат предвид балансираните и небалансираните семејства.

5. Стратегии во однесување

Иако стресот е дел од семејниот живот и семејството со него позитивно може да се справи преку користење на повеќе стратегии. Некои од тие стратегии се следниве:

1. Позитивно размислување

Позитивно размислување и позитивниот став за себе се ефикасни начини за справување со стресот. Тоа ги зголемува позитивните чувства и способноста да се справи со стресните ситуации (80).

2. Поддршка од пријателите и семејството

Потребно е да се има активна поддршка од пријателите и од членовите на семејството. Тоа навистина може да помогне преку споделување чувства, идеи и информации (81). Пријателите и семејството може да предложат начини за управување и справување со стресот, изнаоѓање причинители кои можат да предизвикаат стрес. Исто така, во поново време многу позитивни искуства може да се стекнат од интернет форумите за родители на деца со аутизам (82).

3. Стратегии за справување со потешкотиите во однесувањето на децата со аутизам

Тешкотиите што се јавуваат во однесувањето кај децата со аутизам се едни од факторите кои предизвикуваат стрес кај родителите и семејството. Заради тоа, потребно е да се посвети внимание на специфичните ситуации кои доведуваат до несоодветно однесување. Откако ќе се утврдат ситуациите кои го предизвикуваат таквото однесување, тогаш треба да се избегнуваат или да се минимизираат (83).

Користењето на стратегии од страна на родителите за справување со тешкотиите може да зависи од повеќе фактори:

- ▶ верски верувања и религија;
- ▶ имотна состојба;
- ▶ културни норми;
- ▶ рурална средина;
- ▶ урбана средина;
- ▶ образованието на родителите.

Исто така, многу е важно да се изнајдат стратегии на однесување кои се дизајнирани само за едно дете. Не постојат универзални стратегии кои се употребуваат за сите деца со аутизам. Секогаш во изнаоѓањето на стратегиите се тргнува од тоа што го предизвикува таквото однесување кај детето со аутизам (84).

4. Совети од други родители и стручни лица

Сите деца со аутизам се различни. Искуствата на родителите исто така се различни. Потребно е да се земаат совети до родители кои биле во слични ситуации. Потребно е да се разбере дека ќе има подеми и падови во секојдневното семејно функционирање. Советите од стручните лица ќе

помогнат во преземање соодветни мерки со цел да се подобри состојбата на нивното дете (85).

Родителите на децата со посебни потреби, вклучувајќи ги и родителите на деца со аутизам, користат голем број стратегии за справување со состојбата во која се наоѓаат, потпирајќи се на семејството, групите за поддршка, услугите на здравствената заштита или на нивната вера или религија (86).

Аутизмот може да биде особено тешко растројство кое е стресно, што се должи на неможноста на детето да одговара на општествените норми.

Некои родители сметаат дека е полесно да се изолираат себеси од општеството отколку да се справат со реперкусиите од вклучување на нивното дете во непозната ситуација (87).

Родителите не само што треба да се соочат со предрасуди за надминување на негативните аспекти туку и да се фокусираат на позитивните аспекти, квалитети и способности кои ги поседува нивното дете и да се насочат да ги надградуваат тие потенцијали (88).

Големината на стресот зависи од тоа колку тие самите му дозволуваат да владее со нивниот семеен живот. Семејства кои донесуваат позитивни ментални ставови, никогаш не може да се судрат со кризи (89).

Во студијата на Twoy, Konoli, Novak (2007), се разгледуваат три нивоа на ресурси кои им се на располагање на семејствата:

- ◆ поединецот-личност како ресурс;
- ◆ семејството;
- ◆ заедницата (90).

Ресурсите на *поединецот-личност* ги вклучуваат: физичкото и емоционалното здравје, степенот на образование, знаењето и вештините, самата личност.

Семејството како единица ресурс во себе ги вклучува: вештините во донесувањето одлуки, способноста за организација и комуникација, вештините како и способноста за решавање на конфликтите (91).

Ресурсите на заедницата ги вклучуваат семејството, пријателите, верските организации, образовните и здравствените установи.

Во едно семејство може да се најдат ефективни методи за справување со нарушената рамнотежа во семејството. Grey (2002) покажува дека најпопуларна стратегија за справување со однесувањето на семејството е да се поддржат членовите на тоа семејство (92).

Друга популарна стратегија е и учество во верски и други индивидуални активности. Како присутен негативен начин на справување се наведува повлекувањето на семејството од поширокото семејство, како и од пријателите и општеството (93).

Во литературата се наведуваат внатрешни и надворешни стратегии за справување. Пример за внатрешна стратегија е кога целото семејство верува дека проблемите со текот на времето ќе се решат. Ова секако не е добра стратегија за справување во семејство во кое има дете со аутизам, иако функционирањето на детето може да се подобри со текот на времето, детето секогаш ќе покажува некои симптоми (94).

Најизучувана надворешна стратегија за справување претставува социјалната поддршка. Овој надворешен механизам може да биде најважен за дете со аутизам, но многу тешко може да се најде квалитетна мрежа на поддршка (95).

6. Стрес во семејството

Родителите на деца со аутизам покажуваат зголемени нивоа на стрес и афективни симптоми во споредба со родители кои имаат деца со нормален развој и родители на деца кои имаат други пречки во развојот. Стресот на родителите е најчестиот истражуван аспект во семејствата кои имаат дете со аутизам (96).

Како што расте бројот на дијагностицирани деца со аутизам, континуираните студии на факторите кои го предизвикуваат родителскиот стрес, треба да им помогнат на семејствата да се адаптираат на предизвиците од грижењето на децата со аутизам.

Dima и неговите соработници прават компаративна анализа за нивото на стресот во семејството кај дете со аутизам и кај семејство кое има дете со Down-ов синдром, каде наоѓаат дека во семејството кај дете со аутизам има повеќе стрес, депресија и анксиозност (97).

Истражувањата покажуваат дека семејствата во кои има со дете со аутизам најчесто покажуваат поголем стрес од другите семејства. Причини кои доведуваат до таква ситуација се следниве:

- чувствата кои ги обземаат кога сè уште не знаат како да го разберат и што значи аутизмот за нивното дете;
- чувството за ниска контрола врз сопственото дете;
- потешкотиите во однесувањето;
- потешкотиите со кои се среќаваат родителите при добивањето на сервисните услуги;
- предизвиците од секојдневниот живот со кои се среќаваат (98).

Заедничките карактеристики на децата со аутизам посебно проблемите со однесувањето и комуникацијата, придонесуваат за појава на стрес во семејството.

Дефицитот на емоционалната експресивност на аутистичните деца може да ја намали емпатијата меѓу мајката и детето и на тој начин да предизвика поголем стрес за родителите.

Постоечките студии на семејствата на деца со аутизам покажуваат дека однесувањето, социјалните и когнитивните димензии на растројството се поврзани и влијаат на степенот на стресот кај родителите, односно колку се потешки симптомите, толку е поголем стресот (99).

Исто така, колку повеќе негативни карактеристики има детето со аутизам, толку се социјално поизолирани и ќе се чувствуваат стигматизирани.

Грау во една своја студија наоѓа дека речиси сите родители на деца со аутизам се почувствувале стигматизирани во секојдневни ситуации (како на пример во супер маркет или во трговски центар).

Други важни фактори поврзани со стресот на родителите во семејството вклучуваат губиток на лична контрола, отсутност на неформална и професионална поддршка (100).

Секојдневните прилагодувања на реалноста на потребите на детето со аутизам, домувањето и финансиите се некои од факторите кои влијаат на родителскиот стрес. Во случаите на семејствата кај кои децата покажуваат насилство и агресивност, родителите се соочуваат со високи нивоа на стрес.

Sivberg (2002) прави студија за нивото на стрес и видовите на стратегии за справување со однесувањето во семејства во кои има дете со аутизам и во семејства во кои нема дете со аутизам. Студијата покажала дека семејствата кои имаат дете со аутизам имаат повисоко ниво на стрес за разлика од нормалните семејства.

Семејства на дете со аутизам имаат пониска самоконтрола, исто така не користат механизми за справување со однесувањето (101).

Друга група автори наоѓаат дека родители на деца со аутизам покажуваат повисоко ниво на анксиозност и депресија за разлика од нормалната популација.

Неколку публикувани извештаи од интервјуа на родители покажуваат дека се соочуваат со многу стресори додека се грижат за нивното дете со аутизам. Грижата за дете со аутизам мора да биде 24 часа дневно, 7 дена во неделата. Заради тоа родителите, често пати ги ризикуваат своите кариери за да можат да му овозможат комплетна нега на детето со аутизам (102).

Зголеменото ниво на стрес може да земе свој данок за семејствата во кои живеат деца со посебни потреби. Ваквите семејства имаат зголемен ризик за бројни тешкотии (пр. брачни, емоционални, физички проблеми), за разлика од оние семејства кои немаат дете со посебни потреби.

Доколку мајката го земе поголемиот дел околу обврските за грижа на детето со аутизам, другите деца може да добијат помалку внимание. Покрај тоа, мајката може да има малку време за себе и за својот сопруг. Семејство кое има дете со аутизам треба да се бори да постигне рамнотежа во нарушениот семеен систем преку користење ефективни стратегии за справување со потешкотиите и проблемите со кои се соочува (103).

7. Социјална поддршка

Социјалната поддршка им овозможува на луѓето да се сакаат, да се грижат еден за друг, да ги намалат негативните ефекти со одредена криза, да направат промени во нивниот живот се со цел за полесно адаптирање и превенција на менталното здравје.

Социјалната поддршка може да се дефинира како емоционална, информативна и инструментална помош која е пружена од луѓето во непосредното опкружување (104).

Семејната социјална поддршка има повеќе типови. Кога се однесува на социјална поддршка на семејства кои имаат дете со пречки во развојот вклучува:

- менаџмент на парични средства;
- услуги поддржани од професионалци;
- поддршка од други лица;
- храна и продукти;
- комбинација на услуги.

Исто така, социјалната поддршка вклучува поддршка за целата домашна средина со цел функционално канализирање на целото семејство. Таа го збогатува квалитетот на семејниот живот во кој има дете со пречки во развојот за да имаат подобра позиција во општеството (105).

Социјалната поддршка посредува политики и практики за да му овозможат на целото семејство да биде поефективно и таа може да биде:

- формална
- неформална

Формалната поддршка е поддршка од страна на професионалците, а неформалната поддршка ги вклучува членовите на семејството, пријателите кои се дел од нивниот секодневен живот.

Социјалната поддршка сама по себе не е доволна. Експертизата во давањето поддршка е значаен фактор во намалувањето на стресот кај родителите, во релација

со самоефикасност и контролирање на однесувањето базирано на домашна нега (106).

Има многу дебати за ефективните начини за поддршка на децата дијагностицирани со АСД. Наспроти фактот дека многу од овие не се научно проценети, сепак има докази за задоволството на родителите.

Многу од семејствата почнуваат со барање на формална социјална поддршка за да им помогне во грижата за детето со аутизам. Овие семејства ваквата поддршка ја бараат од лекарите-специјалисти, психолозите, социјалните работници и дефектолози. По стекнувањето на оваа формална социјална поддршка за исполнување на физичката и психичката потреба на детето, семејството обично бара неформална социјална поддршка, како што се пријателите, групите за поддршка итн.

Во студија на Grey која го опишува значењето на социјалната поддршка на семејства на дете со аутизам, истакнато дека најголемиот број од семејствата се изјасниле дека општеството тешко ќе го прифати детето со аутизам, како и дека постои општествената стигма за срамот за изнесување на овие деца во јавноста поради непромисленото однесување кое може да го покажат (107).

Sharpley, Bitska и Efremidis истакнуваат дека социјалната поддршка е од голема вредност за родителите на дете со аутизам, но најважно од сè е поддршката на членовите од семејството.

Подалечните роднините може да се случи и да го одбегнуваат семејството. Ваквите роднини, родителите на дете со аутизам најчесто ги опишуваат како роднини кои се студени, далечни и генерално не се од помош.

Социјалната поддршка одамна е призната како важна компонента при соочување со стрес, која придонесува за психолошка добросостојба.

Соодветната и квалитетната социјална поддршка може да им помогне на семејствата на дете со аутизам да се справат со постојаниот стрес (108).

Со оглед на поврзаноста на социјалната поддршка со психолошката добросостојба, има сè повеќе има студии кои го испитуваат влијанието на социјалната поддршка кај родителите на деца со посебни потреби вклучувајќи ги и

децата со аутизам. Во овие студии се покажало дека високите нивоа на примена социјална поддршка се поврзани со пониски нивоа на негативни влијанија врз психолошкото здравје.

Истражувањата поврзани со родителите на деца со посебни потреби и сериозни здравствени проблеми, покажува дека учеството во групи за поддршка може да обезбеди чувство за припадност и е поврзано со намалување на стресот.

Групите за поддршка се релативно ефективни и со нив лесно се имплементира некаква интервенција со цел поддршка за потребите на овие семејства (109).

II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1. Предмет на истражувањето

Предмет на ова истражување е семејното функционирање и однесување на родителите во семејства во кои има дете со аутизам во споредба со семејства во кои нема дете со аутизам.

2. Цел на истражувањето

Целта на истражувањето за овој магистерски труд е:

1. Да се направи споредба помеѓу семејното функционирање и нивото на користење стратегии во однесувањето на родителите за справување со стресот во семејства во кои има дете со аутизам и во семејства во кои нема дете со аутизам.
2. Да се истражи влијанието на примената социјална поддршка врз семејното функционирање во семејства во кои има дете со аутизам и во семејства во кои нема дете со аутизам.
3. Да се направи споредба во оценувањето на своето семејство како кохезивно и адаптивбилно помеѓу мајките и татковците во семејства во кои има дете со аутизам.
4. Да се истражи влијанието на примената социјална поддршка и користењето на стратегии во однесувањето за справување со стресот помеѓу мајките и татковците во семејства во кои има дете со аутизам.
5. Да се истражи влијанието на примената социјална поддршка и користењето на стратегии во однесувањето на родителите за справување со стресот врз семејното функционирање помеѓу семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам.

3. Задачи на истражувањето

Задачи на истражувањето се:

1. Да се утврди нивото на користење социјална поддршка, односно користената поддршка од пријателите и семејството помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам.
2. Да се утврди нивото на користење социјална поддршка, односно користената поддршка од пријателите и семејството помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам.
3. Да се утврди нивото на користените стратегии за справување со стресот помеѓу мајките и татковците на децата со аутизам.
4. Да се утврди нивото на користење социјална поддршка, односно користената поддршка од пријателите и семејството помеѓу мајките и татковците на децата со аутизам.
5. Да се утврди нивото на перцепирана кохезија и адаптација помеѓу мајките и татковците на децата со аутизам.
6. Да се утврди нивото на користените стратегии за справување со стресот помеѓу семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам.
7. Да се утврди нивото на користење социјална поддршка, односно користената поддршка од пријателите и семејството помеѓу семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам.
8. Да се утврди бројот на балансирани семејства помеѓу семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам.

4. Хипотези на истражувањето

1. Кај балансираните семејства во кои има дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои има дете со аутизам.
2. Кај балансираните семејства во кои нема дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам.
3. Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера користат стратегии за справување со стрес од татковците.
4. Во семејства во кои нема дете со аутизам мајките и татковците во иста мера користат стратегии за справување со стресот.
5. Во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе користат социјална поддршка за справување со стресот од татковците.
6. Во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе го проценат семејството како кохезивно и адаптивно од татковците.
7. Во семејствата во кои има дете со аутизам во поголема мера се користи социјална поддршка отколку во семејствата во кои нема дете со аутизам.
8. Во семејствата во кои нема дете со аутизам има поголем број на балансирани семејства отколку во семејствата во кои има дете со аутизам.

5. Варијабли во истражувањето се:

- семејно функционирање;
- социјална поддршка;
- стратегии за справување со стрес;
- пол на родител;
- семејство каде има дејство со аутизам, семејство каде нема дејство со аутизам;
- ниво на балансираност на семејството.

6. Методи, техники и инструменти

Методи:

- метод на дескриптивна анализа
- метод на компаративна анализа

Техники:

- анализа на документација
- анкетирање

Инструменти:

- Прашалници кои ги претставуваат следниве скали:
 - Скала за процена на адаптација и кохезија во семејство (FACES III),
 - Скала ориентирана за лична проценка на кризите во семејството (F-COPES),
 - Скала за согледување на социјалната поддршка од семејството и пријателите PSS-Fa, PSS-Fr.

Сите скали се преведени и прилагодени од страна на Давковска Р. (2011)

Опис на инструментите

1. Скала за процена на адаптација и кохезија во семејство- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)- (David H. Olson, Joyce Portner, and Yoav Lavee).

Скалата се состои од 40 ајтеми и е во вид на прашалник кој ја мери кохезијата меѓу членовите во семејството како и способноста за адаптација на промените. Одговорите се рангираат врз основа на пет точки од Ликертова скала и се движат од

„речиси никогаш“ до „речиси секогаш“. Испитаниците го опишуваат нивното согледување (перципирање) на функционирање на семејството како и посакуваното ниво на функционирање на семејството.

Перципираната кохезија се добива како збир на скорот од ајтемите 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 и 19 кои се проценуваат на повеќестепената Ликертова скала. Најнискиот теоретски скор е 10, а највисокиот 50, со опсег на скорови од 40.

Перципираната адаптација се добива како збир на скорот на ајтемите 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 и 20 кои се проценуваат на повеќестепената Ликертова скала. Најнискиот теоретски скор е 10, а највисокиот 50, со опсег на скорови од 40.

Скоровите за димензиите посакувана кохезија и адаптација се добиваат на ист начин преку користење на истите субскали, при што овој пат испитаниците наместо да ја проценат перципираната кохезија и адаптација, го проценуваат нивото на посакувана кохезија и адаптација. Повисок скор укажува на повисоко присуство на димензиите од скалата.

Мерењето има тест-ретест релијабилност од 0.80-0.83. Алфа релијабилноста за кохезија е 0.71, а за адаптивбилноста е 0.62. Целокупната алфа е 0.68, која има добра внатрешна конзистентност.

Оваа мерка покажува добра дискриминативна валидност, бидејќи може да направи разлика меѓу проблемски семејства и непроблемски семејства. Интеркорелацијата меѓу адаптацијата и кохезијата е 0.03 што укажува дека се различни фактори. Целта на користење на скалата е да се утврди и согледа семејното функционирање.

2. Скала ориентирана за лична проценка на кризите во семејството- Family crisis oriented personal evaluation scale -F-COPES (McCubbin HI; Olson DH; Larsen AS)

Скалата се содржи од 30 ајтеми. Се користи за да се процени кои начини и стратегии семејствата ги користат за да се справат со стресот. Одговорите се рангираат врз основа на пет точки од Ликертовата скала и се движат од „строго не се согласувам“ до „строго се согласувам“. Оваа скала има пет субскали групирани во две димензии: внатрешни и надворешни. **Внатрешните стратегии** се користат во

кругот на семејството. Во внатрешни стратегии спаѓаат: *рескриптизирање (Reframing-R)* и *преформулирање* на проблемот со кој се соочува семејството, со цел да го направи семејството полесно за функционирање и *пасивна оценка (Passive appraisal-PA)* што значи пасивно преземање и прифаќање на проблемот без да се преземе што било во врска со него. Во **надворешни стратегии** спаѓаат: барање *духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS)* преку вклучување на семејството во религиозни активности, способноста на семејството да се здобива со *социјална поддршка (Acquiring social support-ASS)* и *мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF)* со цел да ги добива и користи ресурсите на заедницата како и да ја прифаќа помошта од другите.

Димензијата *Acquiring social support-ASS* се добива како вкупен скор на прашањата под реден број 1, 2, 5, 8, 10, 16, 18, 20, 25 и 29, кои се проценуваат од страна на испитаникот на петостепената Ликертова скала. Најнискиот можен скор на оваа субскала изнесува 10, а највискиот 50, при што повисок скор укажува на повисок степен на користење на стратегијата ASS. Опсегот на скорови на оваа скала изнесува 40.

Димензијата *Reframing-R* се добива како вкупен скор на прашањата под реден број 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 и 24, кои се проценуваат од страна на испитаникот на петостепената Ликертова скала. Најнискиот можен скор на оваа субскала изнесува 8, а највискиот 40, при што повисок скор укажува на повисок степен на користење на стратегијата *Reframing*. Опсегот на скорови на оваа скала изнесува 32.

Димензијата *(Seeking spiritual support-SSS)* се добива како вкупен скор на прашањата под реден број 14, 23, 17 и 30, кои се проценуваат од страна на испитаникот на петостепената Ликертова скала. Најнискиот можен скор на оваа субскала изнесува 4, а највискиот 20, при што повисок скор укажува на повисок степен на користење на стратегијата SSS. Опсегот на скорови на оваа скала изнесува 26.

Димензијата (*Mobilizing family-MF*) се добива како вкупен скор на прашањата под реден број 4, 6, 9 и 21, кои се проценуваат од страна на испитаникот на петостепената Ликертова скала. Најнискиот можен скор на оваа субскала изнесува 4, а највискиот 20, при што повисок скор укажува на повисок степен на користење на стратегијата MF. Опсегот на скорови на оваа скала изнесува 26.

Димензијата (*Passive appraisal-PA*) се добива како вкупен скор на прашањата под реден број 12, 17, 26 и 28, кои се проценуваат од страна на испитаникот на петостепената Ликертова скала. Најнискиот можен скор на оваа субскала изнесува 4, а највискиот 20, при што повисок скор укажува на повисок степен на користење на стратегијата PA. Опсегот на скорови на оваа скала изнесува 26.

Во однос на вкупниот скор од Скалата за лична проценка на кризите во семејството, тој се добива како вкупен скор од петостепената Ликертова скала на секој ајтем од скалата, односно како вкупен скор од сите димензии, односно субскали. Најнискиот можен вкупен скор изнесува 30, а највисокиот 150, при што опсегот на скорови изнесува 120.

Повисоките резултати индицираат попозитивно справување со проблемот за време на криза. Оваа мерка има добра внатрешна козистентност и целокупната алфа изнесува 0.86. Целокупниот тест-ретест за релијабилност е 0.81. Алфа за субскалите е од 0.61-0.81, а тест-ретест вредностите се движат во опсег од 0.61-0.95. Овој инструмент се користи за да се видат и измерат стратегиите кои се користат од страна на семејството во справувањето со кризите и дали истите се спроведуваат ефективно.

3. Согледување на социјалната поддршка од семејството и пријателите-Perceived social support from friends and from family (PSS-Fa, PSS-Fr)- (Procidano, M.E., & Heller, K).

Овој инструмент се состои од две скали со по 20 прашања за секоја од нив. Двете скали ја мерат поддршката од семејството и пријателите. Испитаниците одговараат со „ДА“, „НЕ“ и „НЕ ЗНАМ“.

Скорот за поддршката од пријателите и семејството се добива како вкупен скор на соодветните скали за согледување на поддршката од семејството и пријателите. Притоа, секој одговор „ДА“ се бодува со 1, а одговорите „НЕ“ и „НЕ ЗНАМ“ со 0. Вкупниот скор се добива со собирање на сите ајтеми посебно за скалата за поддршката од пријателите и скалата за поддршката од семејството. Најнискиот теоретски скор е 0, а највисокиот е 20. Скорот на вкупната социјална поддршка се добива со собирање на скоровите на двете поединечни димензии, односно поддршката од пријателите и поддршката од семејството. Најнискиот теоретски скор е 0, а највисокиот е 40. Опсегот на скорови е 40. Повисок скор укажува на поголемо користење социјална поддршка.

Поддршката од пријателите и поддршката од семејството имаат алфа од 0.88 и 0.90. Двете скали имаат 0.40 корелација една со друга. Двете скали со прашањата се користат за да се измери социјалната поддршка, бидејќи е важен сегмент во справувањето со проблемите со кои се соочуваат семејствата кои имаат дете со аутизам.

4. Демографски прашалник

Прашалникот е наменет за родители на деца со и без аутизам кои ќе земат учество во оваа истражување и има за цел да собере основни податоци како:

- пол на родителот;
- возраст на родителот;
- возраст на детето;
- пол на детето.

Овој магистерски труд претставува квантитативна студија која е современа и актуелна во исто време, проучувајќи го функционирањето на семејството во зависност од примената поддршка (семејна и социјална) и употребата на стратегиите за справување со проблемите, компаративна затоа што прави споредба на различни категории на испитаници, во зависност од тоа дали во семејството има дете со аутизам.

7. Популација и примерок

Примерокот во оваа истражување е составен од 4 групи испитаници.

1. Испитувана група родители (татковци) од семејства во кои има дете со аутизам-35 испитаници.
2. Контролна група родители (татковци) од семејства во кои нема дете со аутизам-35 испитаници.
3. Испитувана група родители (мајки) од семејства во кои има дете со аутизам-35 испитаници.
4. Контролна група родители (мајки) од семејства во кои нема дете со аутизам-35 испитаници.

Во ова истражување учествуваа испитаници-родители (мајка и татко) од семејства во кои има или нема дете со аутизам под услов да се биолошки родители и да живеат заедно.

8. Статистичка обработка

Потребните податоци за ова истражување беа прибрани преку спроведување на три прашалници тоа:

1. Скала за процена на адаптација и кохезија во семејство- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)
2. Скала ориентирана за лична проценка на кризите во семејството- Family crisis oriented personal evaluation scale (F-COPES)

3. Согледување на социјалната поддршка од семејството и пријателите-Perceived social support from friends and from family (PSS-Fa, PSS-Fr)
4. Демографски прашалник

Следната постапка беше обработка на податоците, односно кодирање и внесување во статистичка програма. За обработката на податоците се користеше статистичка програма SPSS 21 for Windows. По внесувањето, најпрво се направи демографска анализа на примерокот на испитаници. Понатаму се изработи дескриптивна анализа на податоците добиени од прашалниците, при што се анализираа мерките на централна тенденција (M) и мерките на варијабилност (SD), минималниот и максималниот скор. Резултатите од дескриптивната и демографската анализа се прикажаа графички и табеларно.

За тестирање на статистичките хипотези се користеше t-тестот за независни примероци, со кој се испитуваа разликите помеѓу аритметичките средини на групите, хи-квадрат тестот, со кој се испитуваа разликите помеѓу фреквенциите во различните категории. За статистички значајна се сметаше $p < 0,05$.

9. Организација и тек на истражувањето

Откако се дефинираше проблемот кој е предмет на оваа студија, се изготви план за спроведување на истражувањето.

Истражувањето се спроведе преку стапување во контакт со родители кои имаат дете со аутизам и родители кои имаат нормални деца. Двајцата родители (мајка и татко) пополнуваа прашалници кои се споменати во инструментите на истражувањето.

Истражувањето се спроведуваше почнувајќи од јуни 2011 до јануари 2012 година.

Примерокот во ова истражување е 35 пара на родители кои имаат дете со аутизам и 35 пара родители на нормални деца. Контактите со семејствата се обезбедија преку Македонското научно здружение за аутизам, а додека институциите кои овозможиле да се спроведе истражувањето се следниве:

- Посебните училишта: ПОУ „Златан Сремец“-Скопје, ПОУ „Маца Овчарова“-Велес, ПОУ „Иднина“-Скопје.
- Општинските основни училишта: ОУ „Браќа Миладиновци“-Куманово, ОУ „Крсте Мисирков“-Куманово, ОУ „Климент Охридски“-Прилеп, ОУ „Гоце Делчев“ ОУ, „Владо Кантарџиев“-Гевгелија, ОУ „Санде Штерјоски“ Кичево, ОУ „Дане Крапчев“-Скопје.

Во текот на истражувачкиот процес се вршеше *анализа на документација*, чија цел беше проучување на проблемот на истражување, притоа користејќи домашна и странска литература, интернет ресурси-научни списанија, е-книги, web страни, научни публикации итн.

По завршувањето на истражувачкиот процес се пристапи кон обработка на податоците од инструментите и нивна соодветна статистичка обработка која е претходно наведена.

III. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ

1. Демографска анализа на експерименталната и контролната група

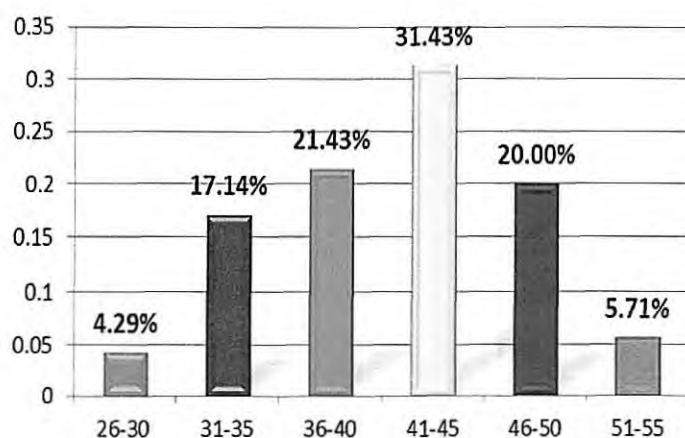
За потребите на ова истражување беа опфатени две основни групи на испитаници, односно 35 пара родители од семејства во кои има дете со аутизам (експериментална група) и 35 пара родители од семејства во кои нема дете со аутизам (контролна група).

Во однос на возраста на испитаниците се разгледуваше возраста и кај родителите и кај децата во експерименталната и контролната група.

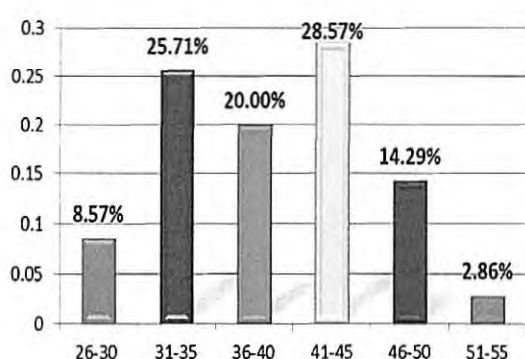
Во однос на родителите од експерименталната група, средната возраст изнесуваше $M=41,25$ и $SD=6,10$, при што најмладиот родител имаше 28, а највозрасниот имаше 52 години. Доколку ја разгледуваме возраста кај родителите според нивниот пол, средната возраст кај родителите од женски пол изнесуваше $M=39,6$ и $SD=6,12$ при што најмладиот родител имаше 28, а највозрасниот имаше 52, додека пак средната возраст кај родителите од машки пол изнесуваше $M=43,46$ и $SD=5,32$, при што најмладиот родител имаше 32, а највозрасниот имаше 52. Возраста на родителите во експерименталната група е прикажан графички и табеларно, подолу во Табела 1, Слика 3, Слика 4 и Слика 5.

Табела 1. Возраст на родители во експерименталната група

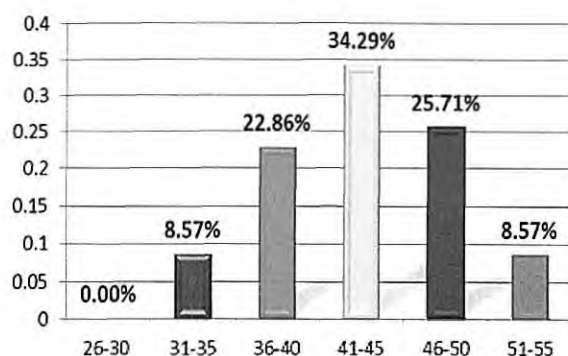
	M	SD	Min	Max
Машки родители	43,46	5,32	32	52
Женски родители	39,06	6,12	28	52
Вкупно родители	41,26	6,10	28	52



Слика 3. Возраси на родители од експериментална група



Слика 4. Возраси на женски родители од експерименталната група



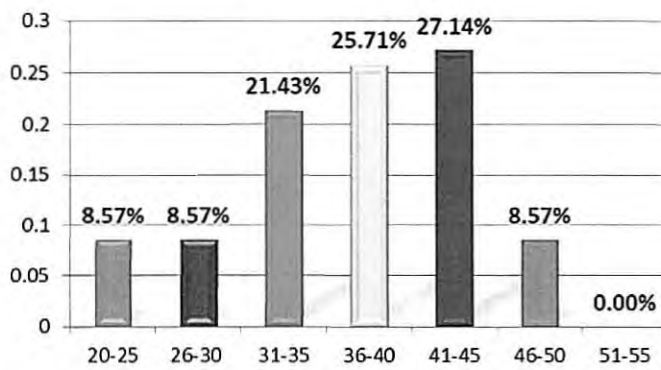
Слика 5. Возраси на машки родители од експерименталната група

Средната возраст кај родителите од контролната група изнесуваше $M=37,01$ и $SD=7,01$, при што најмладиот родител имаше 20, а највозрасниот имаше 50 години. Според полот на родителите, средната возраст кај женскиот пол изнесуваше $M=34,31$ и $SD=7,50$ при што најмладиот родител имаше 20, а највозрасниот имаше 47, додека пак средната возраст кај родителите од машки пол изнесуваше $M=39,71$ и $SD=5,34$, при што најмладиот родител имаше 30, а

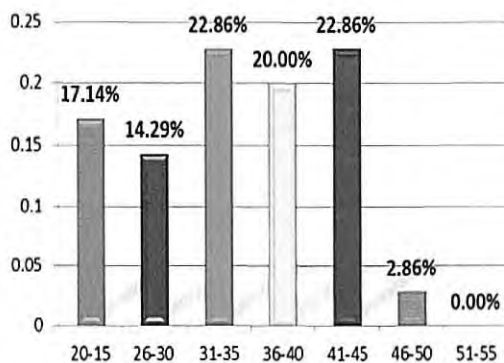
највозрасниот имаше 50 години. Возраста на родителите во контролната група е прикажан графички и табеларно, подолу во Табела 2, Слика 6, Слика 7 и слика 8.

Табела 2. Возраст на родители во контролната група

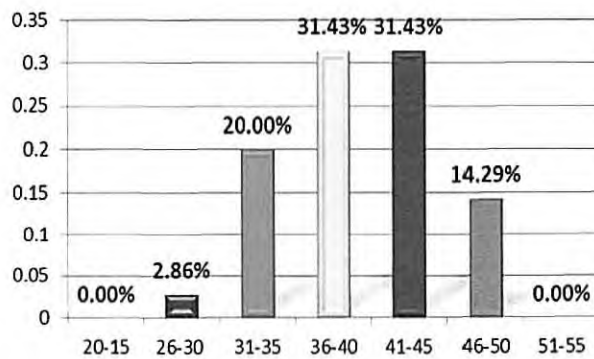
	M	SD	Min	Max
Машки родители	39,71	5,34	30	50
Женски родители	34,31	7,50	20	47
Вкупно родители	37,01	7,01	20	50



Слика 6. Возраси на родители од контролна група



Слика 7. Возраси на женски родители од контролна група

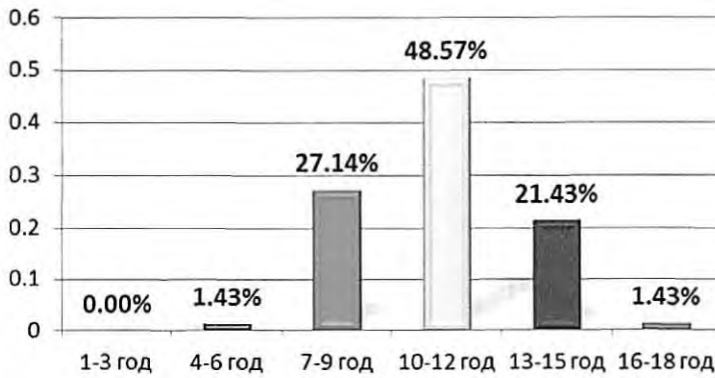


Слика 8. Возраси на машки родители од контролна група

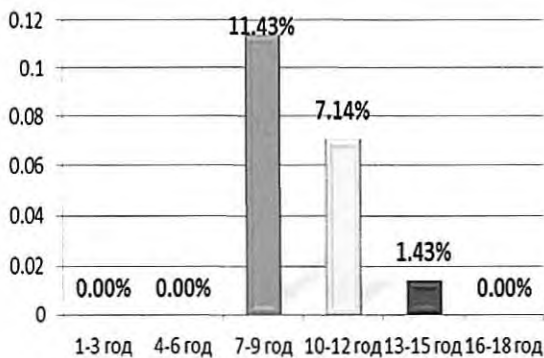
Во однос на децата од експерименталната група, средната возраст изнесуваше $M=10,83$ и $SD=2,19$, при што најмалото дете имаше 5, а највозрасното имаше 17 години. Возраста на децата во експерименталната група е прикажан графички и табеларно, подолу во Табела 3, Слика 9, Слика 10 и Слика 11.

Табела 3. Возраст на дете во експерименталната група

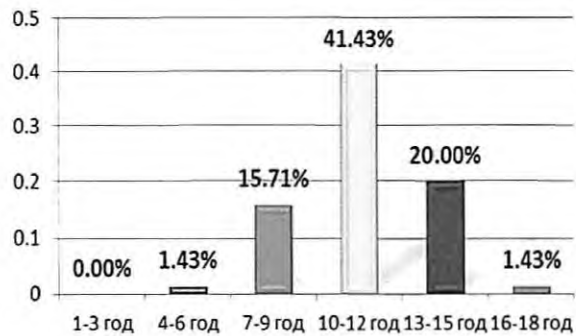
	M	SD	Min	Max
Машки деца	10,63	2,07	5	14
Женски деца	11,03	2,31	7	17
Вкупно	10,83	2,19	5	17



Слика 9. Возраси на деца од експериментална група



Слика 10. Возраси на женски деца од експериментална група

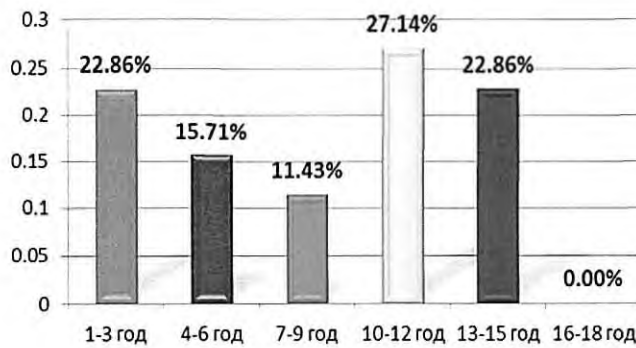


Слика 11. Возраси на женски деца од експериментална група

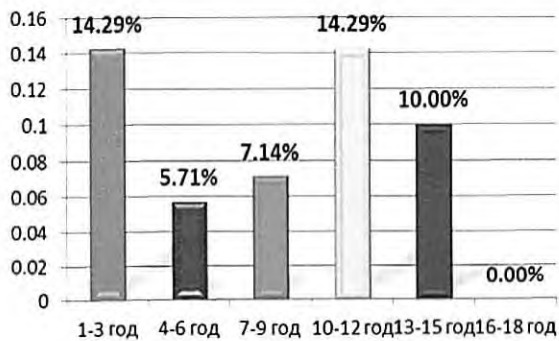
Кај децата од контролната група, средната возраст изнесуваше $M=8,50$ и $SD=4,58$, при што најмалото дете имаше 1, а највозрасното имаше години 15. Возраста на децата во контролната група е прикажан графички и табеларно, подолу во Табела 4, Слика 12, Слика 13 и Слика 14.

Табела 4. Возраст на дете во контролната група

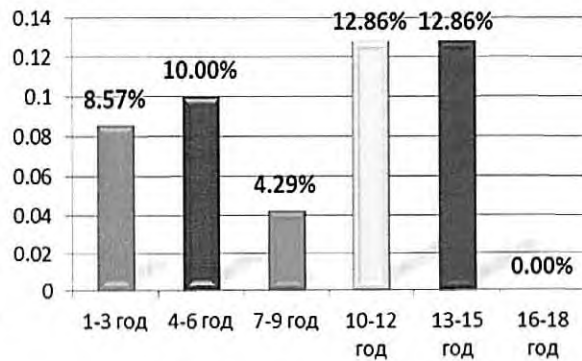
	M	SD	Min	Max
Машки деца	8,79	4,65	1	15
Женски деца	8,22	4,5	1	15
Вкупно	8,50	4,58	1	15



Слика 12. Возраси на децата од контролната група



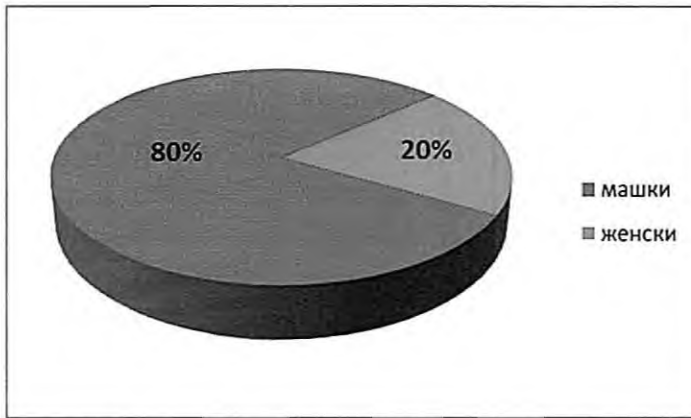
Слика 13. Возраси на женски деца од контролната група



Слика 14. Возраси на машки деца од контролната група

Во однос на полот на децата од експерименталната група, 80% од нив биле од машки, а 20% биле од женски пол.

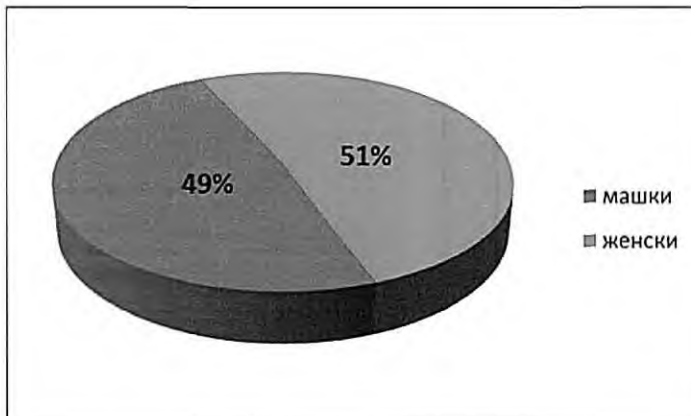
Полот на децата е прикажан графички подолу на Слика, 15.



Слика 15. Пол на децата од експерименталната група

Во однос на полот на децата од контролната група, од нив 48,56% биле од машки, а 51,4% биле од женски пол.

Полот на децата е прикажан графички подолу на Слика 16.



Слика 16. Пол на децата од контролната група

2. Дескриптивна анализа

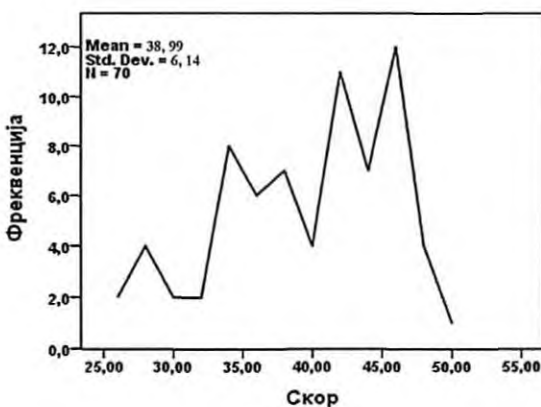
2.1 Дескриптивна анализа кај експериментална група

2.1.1 Дескриптивна анализа на прашалникот за процена на адаптација и кохезија во семејство- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)

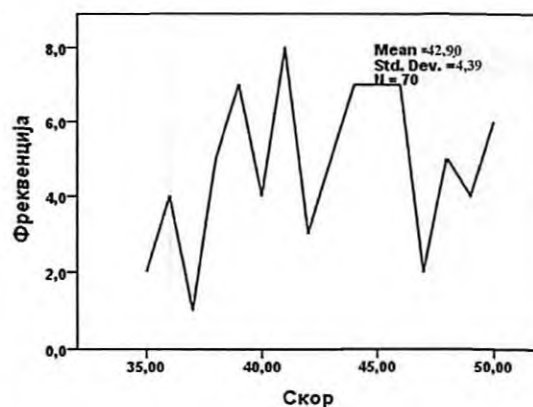
Во однос на семејното функционирање, односно перципираната и посакуваната кохезија се анализираа постигнувањата на тестот кај експерименталната и кај контролната група, при што се направи приказ во однос на целата група, како и по однос на поделбата по пол на родителот. Резултатите од анализата се дадени во продолжение.

А) Кохезија кај експерименталната група

Во однос на експерименталната група се анализираа двата аспекта на кохезија перципирана кохезија и посакувана кохезија. Перципираната кохезија кај експерименталната група, имаше средна вредност од $M=38,99$ и $SD=6,14$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 26, а највисокиот постигнат скор изнесува 49. Во однос на посакуваната кохезија кај експерименталната група, таа имаше средна вредност од $M=42,90$ и $SD=4,39$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 35, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната кохезија е прикажана графички во продолжение на Слика 17 и Слика 18.



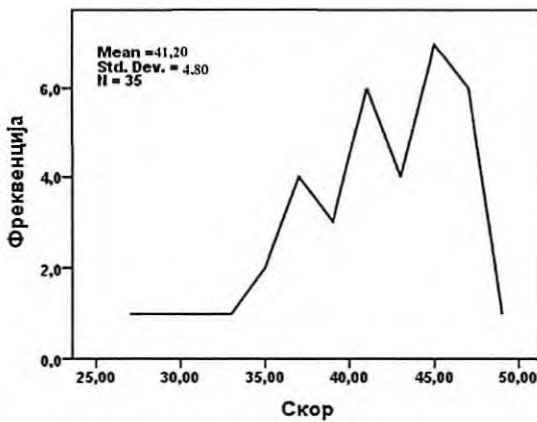
Слика 17. Перципирана кохезија во експерименталната група



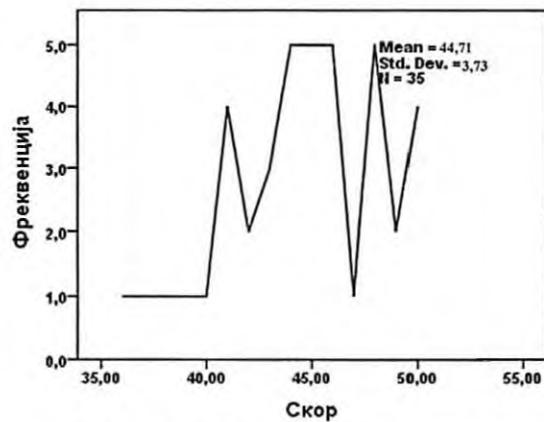
Слика 18. Посакувана кохезија во експерименталната група

Исто така, кохезијата кај експерименталната група се разгледуваше и од аспект на полот на родителите, односно одделно за родителите од женски и родителите од машки пол и тоа двата аспекти на кохезијата-перципирана и посакувана. Кај родителите од женски пол повторно се анализираа двата аспекти на кохезијата, односно перципирана и посакувана кохезија, при што се покажа дека перцепираната кохезија има средна вредност од $M=41,20$ и $SD=4,80$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 27, а највисокиот постигнат скор изнесува 49. Посакуваната кохезија кај родителите од женски пол од експерименталната група имаше средна вредност од $M=44,71$ и $SD=3,73$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 36, а највисокиот постигнат скор изнесува 50.

Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната кохезија кај родителите од женски пол е прикажана графички во продолжение на Слика 19 и Слика 20.



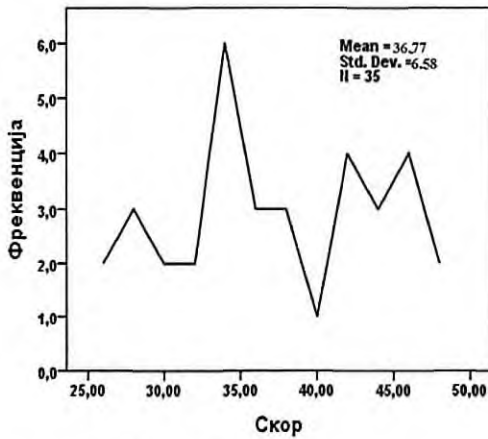
Слика 19. Перцепирана кохезија кај родители од женски пол во експерименталната група



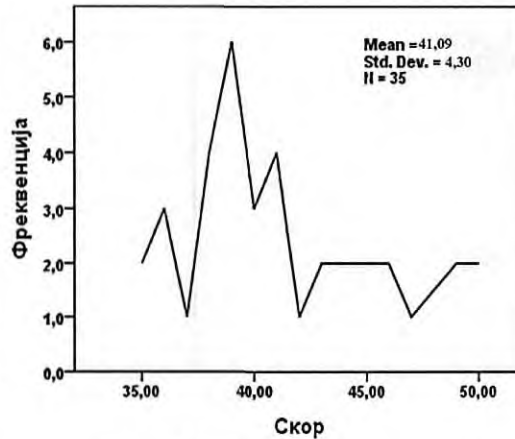
Слика 20. Посакувана кохезија кај родители од женски пол во експерименталната група

Кај родителите од машки пол исто така, се анализираа двата аспекти на кохезијата, при што се покажа дека перцепираната кохезија имаше средна вредност од $M=36,77$ и $SD=6,58$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 35, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Посакуваната кохезија кај родителите од машки пол од експерименталната група имаше средна вредност од $M=41,09$ и $SD=4,30$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 26, а највисокиот постигнат скор изнесува 47.

Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната кохезија кај родителите од машки пол е прикажана графички во продолжение на на Слика 20 и Слика 21.



Слика 20. Перципирана кохезија кај родителите од машки пол во експерименталната група

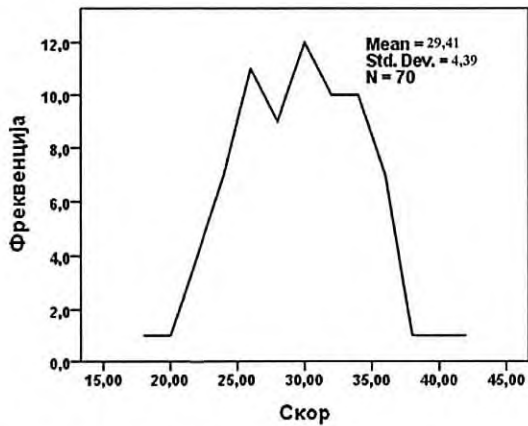


Слика 21: Посакувана кохезија кај родителите од машки пол во експерименталната група

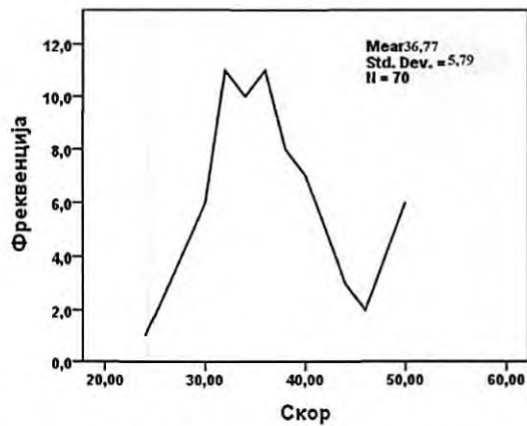
Б) Адаптација кај експерименталната група

Во експерименталната група се анализираа и двата аспекта на адаптацијата, перципирана и посакувана адаптација. Перципираната адаптација кај експерименталната група имаше средна вредност од $M=29,41$ и $SD=4,39$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 18, а највисокиот постигнат скор изнесува 41, додека посакуваната адаптација кај експерименталната група имаше средна вредност од $M=36,77$ и $SD=5,79$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 24, а највисокиот постигнат скор изнесува 50.

Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната адаптација е прикажана графички во продолжение на Слика 21 и Слика 22.

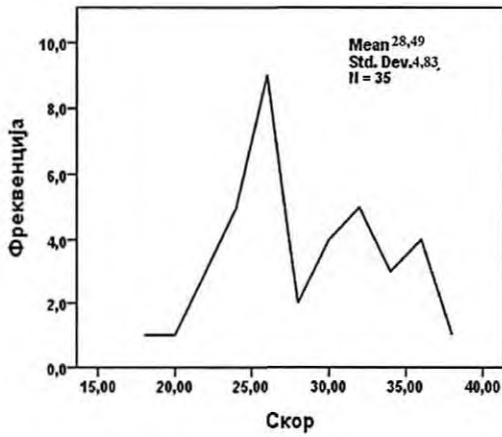


Слика 21. Перцеирана адапација во експерименталната група

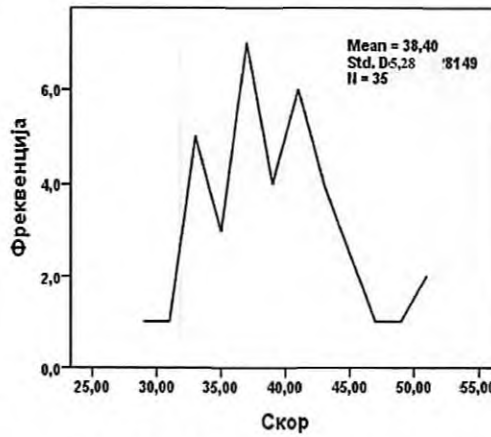


Слика 22. Посакувана адапација во експерименталната група

Исто така, адаптацијата кај експерименталната група се разгледуваше и од аспект на полот на родителите, односно одделно за родителите од женски и родителите од машки пол. Имено кај родителите од женски пол повторно се анализираа двата аспекти на адаптацијата-перципирана и посакувана, при што се покажа дека перцепираната адаптација имаше средна вредност од $M=28,49$ и $SD=4,83$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 18, а највисокиот постигнат скор изнесува 37. Посакуваната адаптација кај родителите од женски пол од експерименталната група имаше средна вредност од $M=38,40$ и $SD=5,28$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 29, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната адаптација кај родителите од женски пол е прикажана графички во продолжение на Слика 23 и Слика 24.

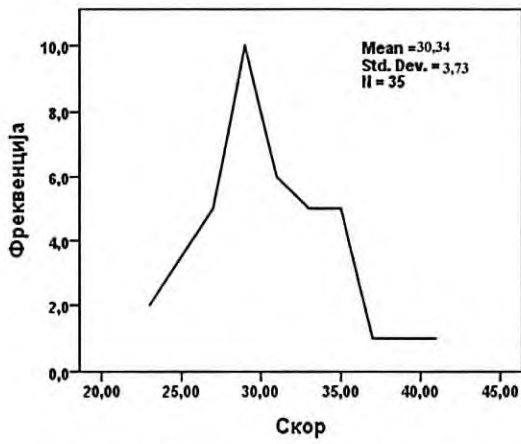


Слика 23. Перцејирана адаптација кај родители од женски пол во експерименталната група

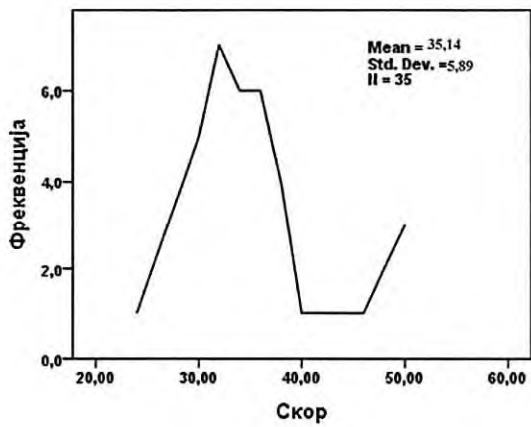


Слика 24. Посакувана адаптација кај родители од женски пол во експерименталната група

Во однос на адаптацијата кај родителите од машки пол исто така се анализираа двата аспекти на адаптацијата-перципирана и посакувана, при што се покажа дека перципираната адаптација имаше средна вредност од $M=35,14$ и $SD=5,89$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 24, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Кај родителите од машки пол од експерименталната група, посакуваната адаптација имаше средна вредност од $M=30,34$ и $SD=3,73$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 23, а највисокиот постигнат скор изнесува 41. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната кохезија кај родителите од машки пол е прикажана графички во продолжение на Слика 25 и Слика 26.



Слика 25. Перцеирана адапџиација
кај родиџели од машки пол во експерименталната групa

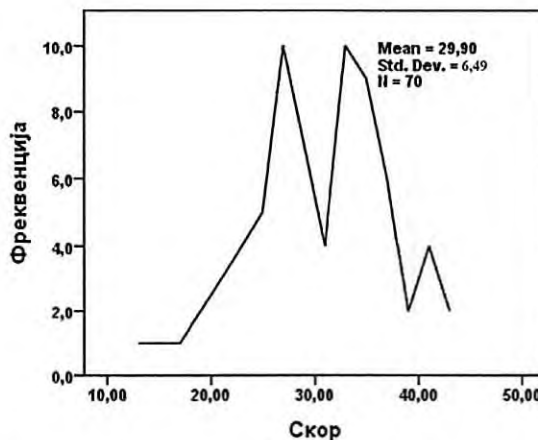


Слика 26. Посакувана адапџиација
кај родиџели од машки пол во експерименталната групa

2.1.2 Дескриптивна анализа на скалата за лична проценка на кризиите во семејството- Family crisis oriented personal evaluation scale -F-COPES

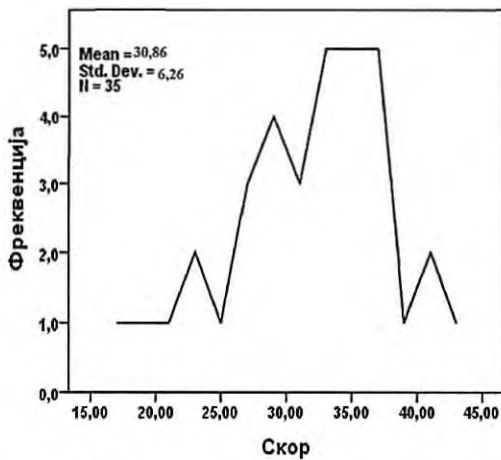
Во однос на стратегиите кои се користат за справување со стрес во семејството: реструктурирање на проблемот (Reframing-R во понатамошен текст), пасивна оценка (Passive appraisal-PA во понатамошен текст), барање духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS во понатамошен текст) добивање социјална поддршка (Acquiring social support-ASS во понатамошен текст) и мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF во понатамошен текст) се анализираа постигнувањата на тестот кај експерименталната и кај контролната група, при што се направи приказ во однос на целата група, како и по однос на поделбата по пол на родителот. Резултатите од анализата се дадени во продолжение.

А) Во однос на користењето на стратегијата добивање социјална поддршка (Acquiring social support-ASS) за справување со стресот, се покажа дека во експерименталната група таа имаше средна вредност од $M=29,90$ и $SD=6,49$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 13, а највисокиот постигнат скор изнесува 42. Дистрибуцијата користење на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 27.

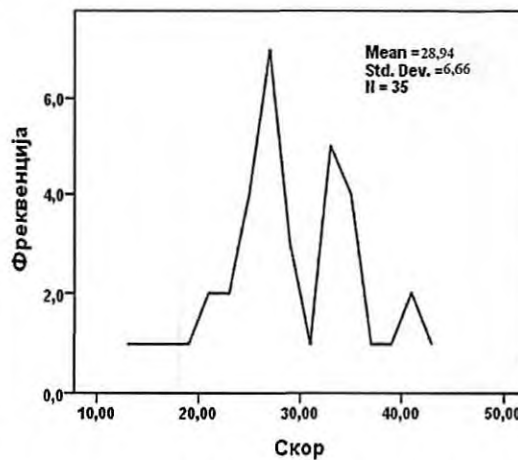


Слика 27. Користење на стратегијата ASS кај родителите од експерименталната група

Користењето на оваа стратегија за справување со стрес исто така беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=30.86$ и $SD=6.26$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 17, а највисокиот постигнат скор изнесува 42. Кај родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност на оваа стратегија изнесуваше $M=28.94$ и $SD=6.66$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 13, а највисокиот постигнат скор изнесува 42. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 28 и Слика 29.

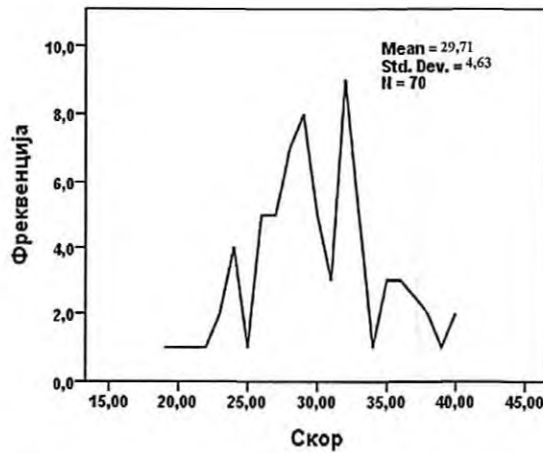


Слика 28. Користење на стратегијата ASS кај родители од женски пол од експерименталната група



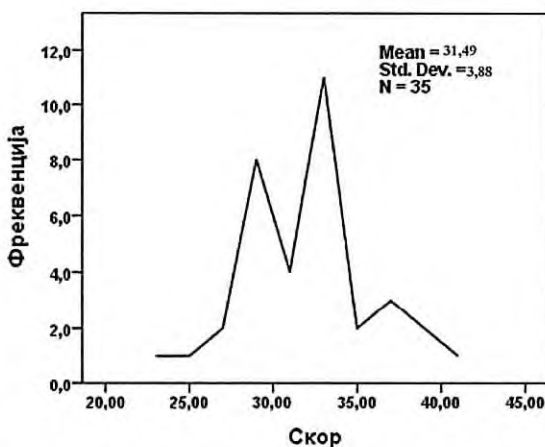
Слика 29. Користење на стратегијата ASS кај родители од машки пол од експерименталната група

Б) Стратегијата реструктуирање на проблемот (Reframing-R) која се користи за справување со стресот, се покажа дека во експерименталната група имаше средна вредност од $M=29.71$ и $SD=4.63$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 19, а највисокиот постигнат скор изнесува 40. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија е прикажана графички подолу на и Слика 30.

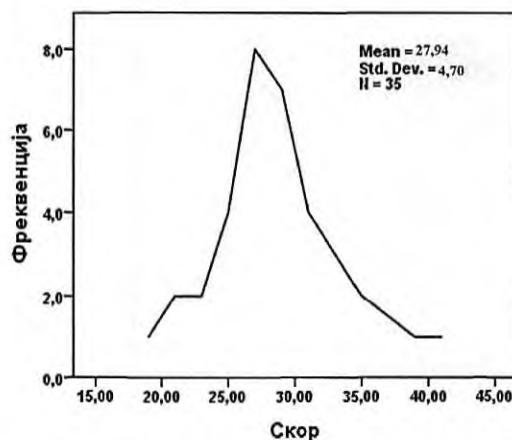


Слика 30. Користење на стратегијата (R) кај родителите од експерименталната група

Оваа стратегија за справување со стрес беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=31,49$ и $SD=3,88$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 23, а највисокиот постигнат скор изнесува 40. Во однос на користењето на оваа стратегија од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност изнесуваше $M=27,94$ и $SD=4,70$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 19, а највисокиот постигнат скор изнесува 40. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 31 и Слика 32.

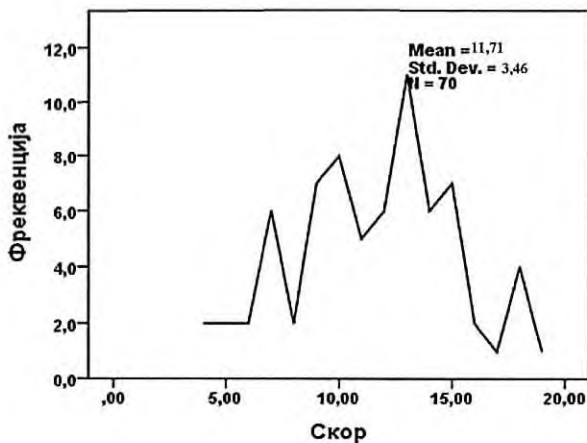


Слика 31. Користење на стратегијата (R) кај родителите од женски пол во експерименталната група



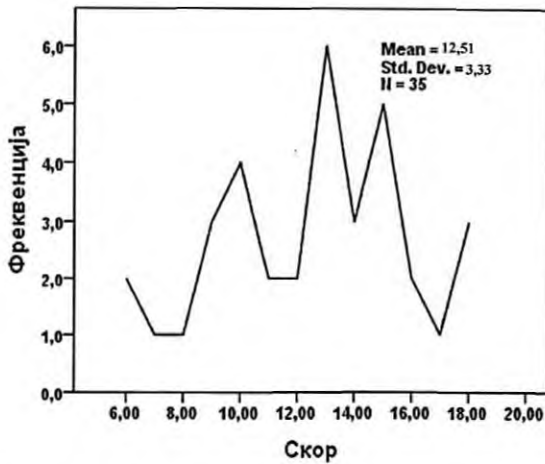
Слика 32. Користење на стратегијата (R) кај родителите од машки пол во експерименталната група

В) Барањето духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS) како стратегија за справување со стресот, се покажа дека во експерименталната група имаше средна вредност од $M=11,71$ и $SD=3,46$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 9. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 33.

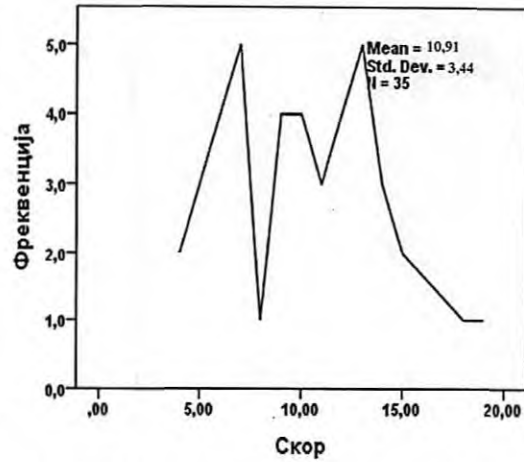


Слика 33. Користење на стратегијата (SSS) кај родителите од експерименталната група

Разгледувајќи ја оваа стратегија за справување со стрес според полот на родителите се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=12,51$ и $SD=3,33$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 18, додека кај родителите од машки пол се покажа дека средната вредност изнесуваше $M=10,91$ и $SD=3,44$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 19. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 34 и Слика 35.

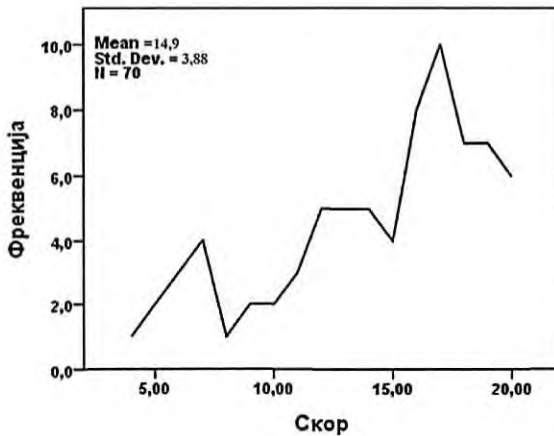


Слика 34. Користење на стратегијата (SSS) кај родителите од женски пол од експерименталната група



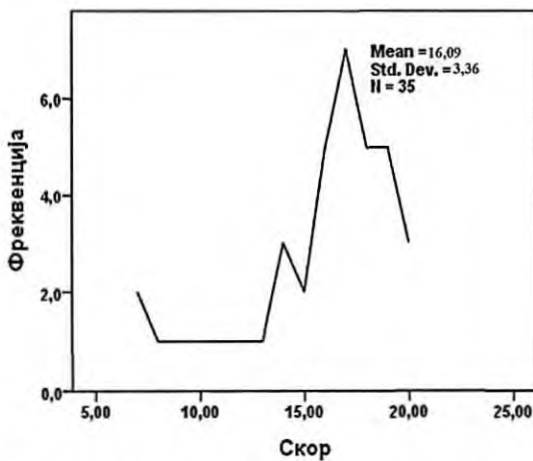
Слика 35. Користење на стратегијата (SSS) кај родителите од машки пол од експерименталната група

Г) Користењето на стратегијата мобилизирање на семејството (Mobilizing family MF) за справување со стресот, се покажа дека во експерименталната група имаше средна вредност од $M=14,9$ и $SD=3,88$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 20. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 36.

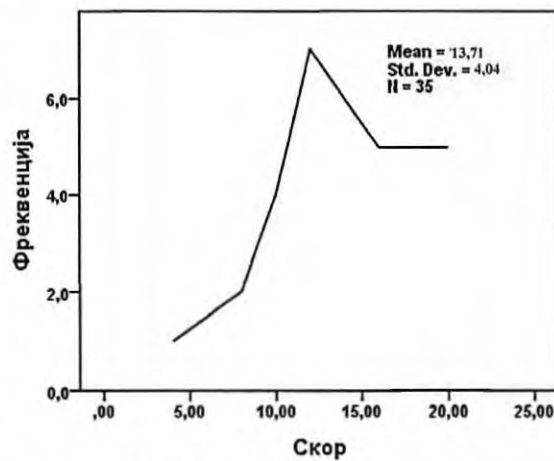


Слика 36. Користење на стратегијата (MF) кај родителите од експерименталната група

Исто така, оваа стратегија беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=16,09$ и $SD=3,36$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 7, а највисокиот постигнат скор изнесува 20. Во однос на користењето на оваа стратегија од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност на оваа варијабла изнесуваше $M=13,71$ и $SD=4,04$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 20. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија според полот на родителите прикажана графички подолу на Слика 37 и Слика 38.

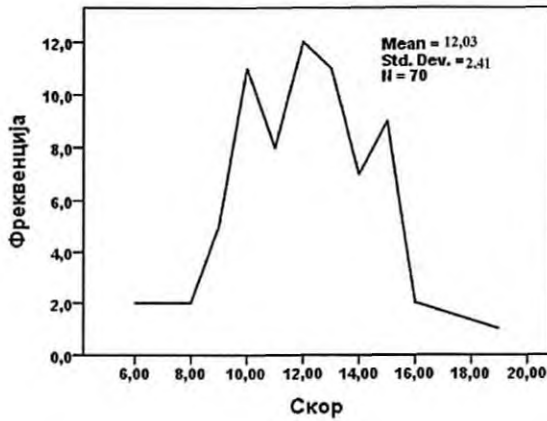


Слика 37. Користење на стратегијата (MF) кај родители од женски пол од експерименталната група



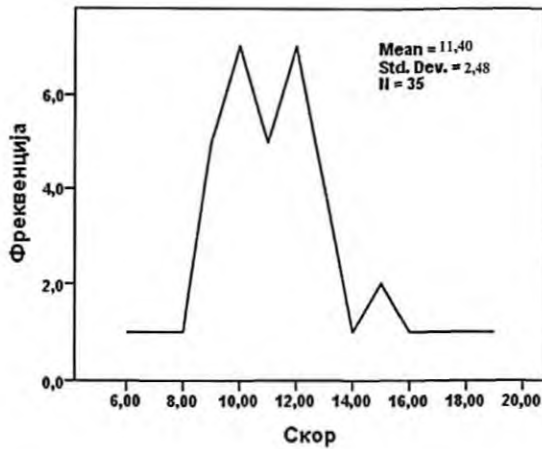
Слика 38. Користење на стратегијата (MF) кај родители од машки пол од експерименталната група

Д) Стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA) и нејзиното користење за справување со стресот, се покажа дека во експерименталната група таа имаше средна вредност од $M=12,03$ и $SD=2,41$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 19. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 39.

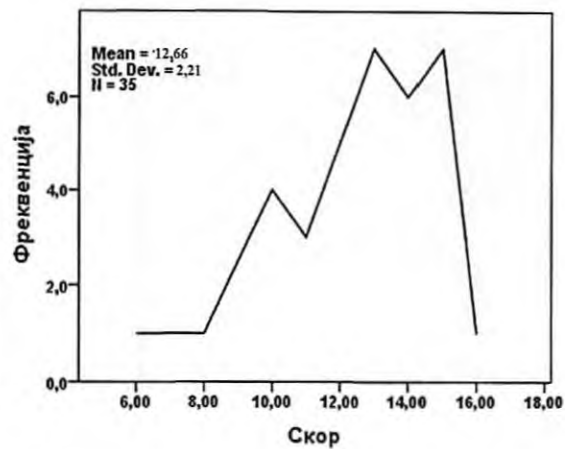


Слика 39. Користење на стратегијата (РА) кај родителите од експерименталната група

Разгледувајќи го користењето на оваа стратегија за справување со стрес според полот на родителите, се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=11,40$ и $SD=2,48$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 19, додека кај родителите од машки пол, се покажа дека нејзината средната вредност изнесуваше $M=12,66$ и $SD=2,21$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 16. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 40 и Слика 41.



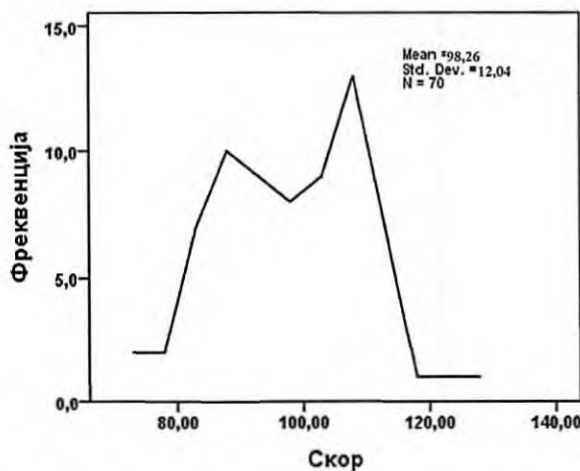
Слика 40. Користење на стратегијата (РА) кај родителите од женски пол од експерименталната група



Слика 41. Користење на стратегијата (РА) кај родителите од машки пол од експерименталната група

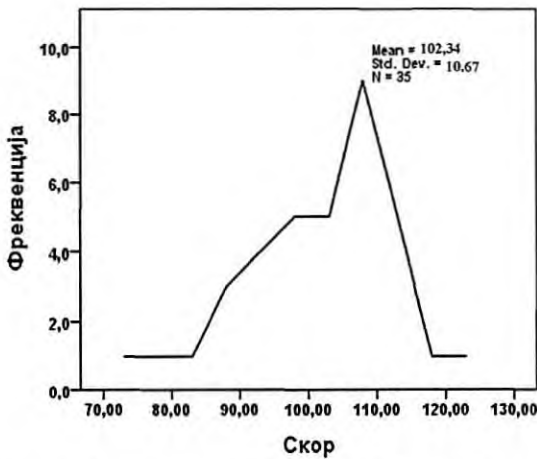
Г) Вкупно користење на стратегии

Во однос на вкупното користење на стратегии за справување со стресот, се покажа дека во експерименталната група таа имаше средна вредност од $M=98,26$ и $SD=12,04$ при што најнискиот постигнат скор изнесува 73, а највисокиот постигнат скор изнесува 128. Дистрибуцијата на вкупното користење стратегии е прикажана графички подолу на Слика 42.

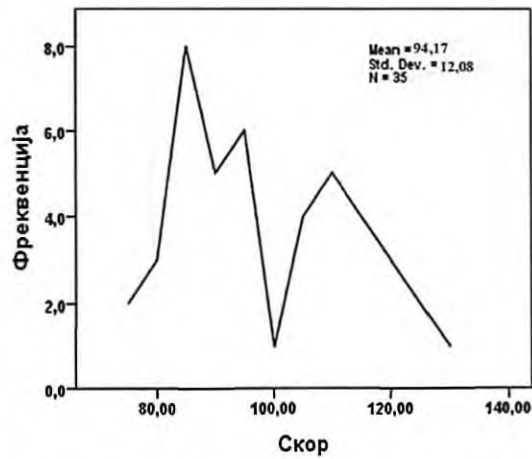


Слика 42. Вкупно користење на стратегии за справување со стрес кај родителите од експерименталната група

Вкупното користење на стратегии за справување со стрес исто така, беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=102,34$ и $SD=10,67$, при што најнисиот постигнат скор изнесува 73, а највисокиот постигнат скор изнесува 124. Во однос на користењето на оваа стратегија од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност на оваа варијабла изнесуваше $M=94,17$ и $SD=12,08$, при што најнисиот постигнат скор изнесува 75, а највисокиот постигнат скор изнесува 128. Дистрибуцијата на вкупното користење на стратегии според полот на родителите прикажана графички подолу на Слика 43 и Слика 44.



Слика 43. Вкупно користење стратегии за справување со стрес кај родителите од женски пол од експерименталната група

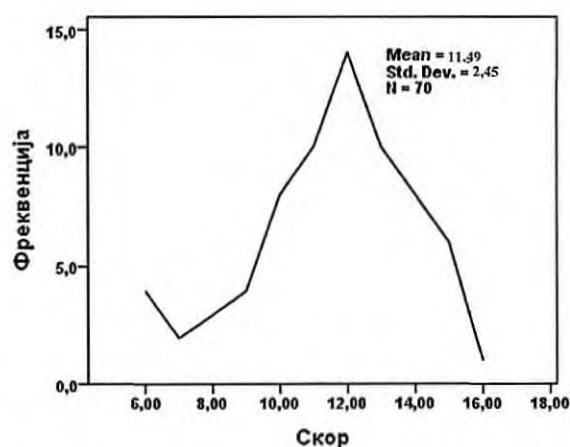


Слика 44. Вкупно користење стратегии за справување со стрес кај родителите од машки пол од експерименталната група

2.1.3 Дескриптивна анализа на прашалникот за соопредување на социјалната поддршка од семејството и пријателите-Perceived social support from friends and from family (PSS-Fa, PSS-Fr)

Во однос на користењето поддршка од средината, се испитуваа неколку аспекти од истата. Имено, се испитуваше користењето поддршка од пријателите при справувањето со стрес, користењето поддршка од семејството при справувањето со стрес, како и вкупното користење на поддршката од средината при справување со стресот. Резултатите од овој прашалник се дадени во продолжение:

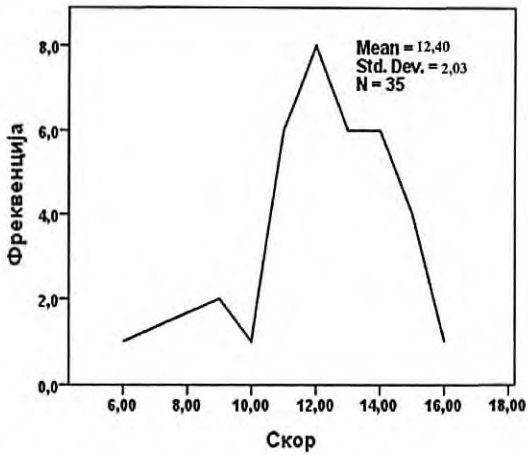
а) Користењето поддршка од пријателите при справувањето со стрес се покажа дека во експерименталната група таа има средна вредност од $M=11,49$ и $SD=2,45$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 16. Дистрибуцијата на користењето на поддршката од пријателите е прикажана графички подолу на Слика 45.



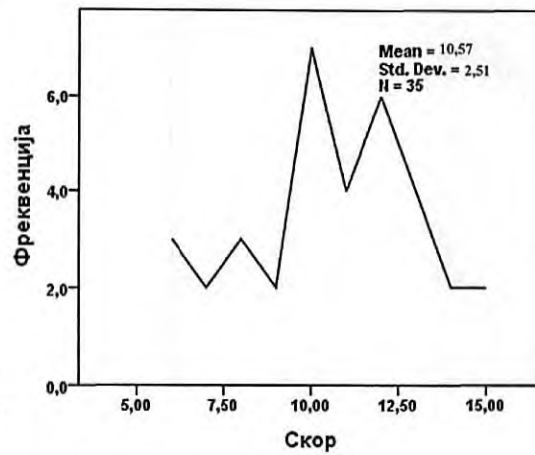
Слика 45. Користење поддршка од пријателите при справувањето со стрес кај експерименталната група

Исто така, користењето поддршка од пријателите при справувањето со стрес беше разгледувана и според полот на родителите. Па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=12,40$ и $SD=2,03$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 16, додека кај родителите од машки пол се покажа дека средната вредност изнесува $M=10,57$ и $SD=2,51$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а

највисокиот постигнат скор изнесува 15. Дистрибуцијата на користењето поддршка од пријателите според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 46 и Слика 47.

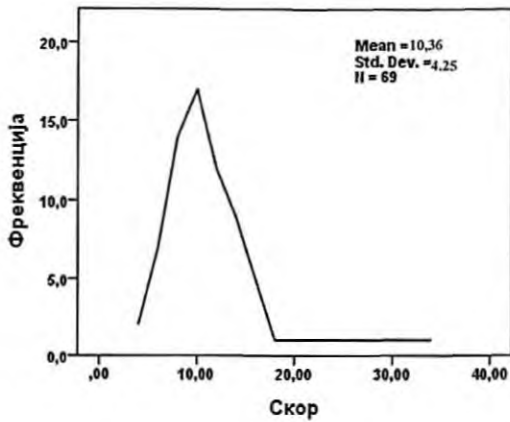


Слика 46. Користење поддршка од пријателите кај родителите од женски пол од експерименталната група



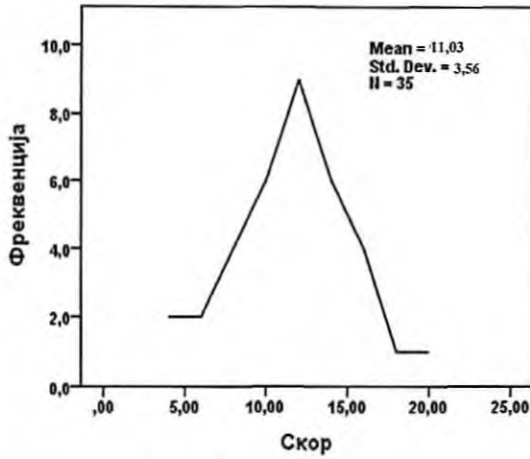
Слика 47. Користење поддршка од пријателите кај родителите од машки пол од експерименталната група

б) Во однос на користењето поддршка од семејството при справувањето со стрес се покажа дека во експерименталната група таа имаше средна вредност од $M=10,36$ и $SD=4,25$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 33. Дистрибуцијата на користењето поддршка од семејството е прикажана графички подолу на Слика 48.

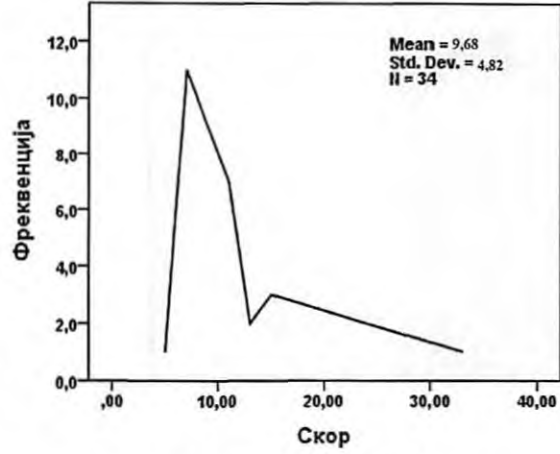


Слика 48. Користење поддршка од семејството при справувањето со стрес кај експерименталната група

Разгледувајќи го користењето на поддршката од семејството при справувањето со стрес според полот на родителите, се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=11,03$ и $SD=3,56$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 20. Од страна на родителите од машки пол, се покажа дека нејзината средната вредност изнесува $M= 9,68$ и $SD=4,82$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 5, а највисокиот постигнат скор изнесува 33. Дистрибуцијата на користењето на поддршката од семејството според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 49 и Слика 50.

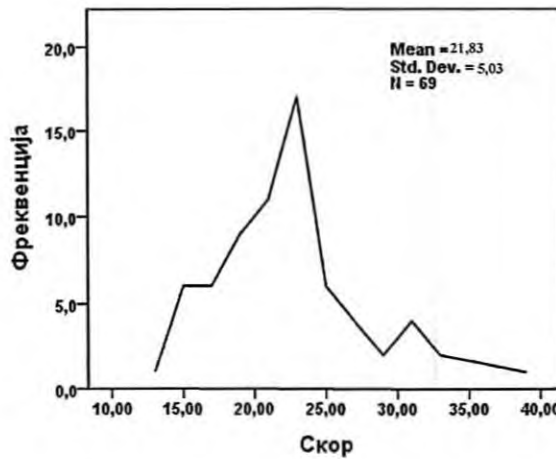


Слика 49. Користење поддршка од семејството кај родителиите кај родителиите од женски пол од експерименталната група



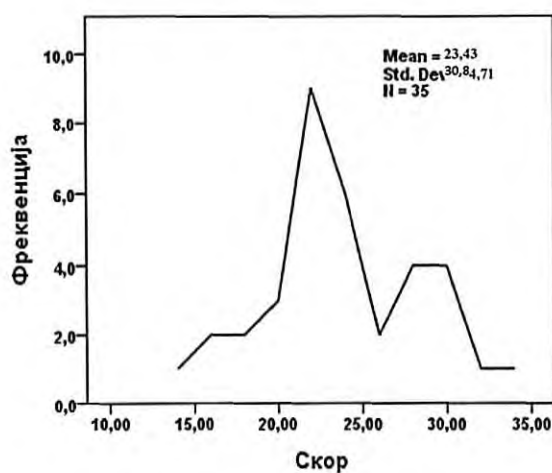
Слика 50. Користење поддршка од семејството кај родителиите кај родителиите од мажи пол од експерименталната група

в) Во експерименталната група вкупното користење на социјалната поддршка при справувањето со стрес имаше средна вредност од $M=21,83$ и $SD=5,03$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 13, а највисокиот постигнат скор изнесува 39. Дистрибуцијата на вкупното користење на социјална поддршка е прикажана графички подолу на Слика 51.

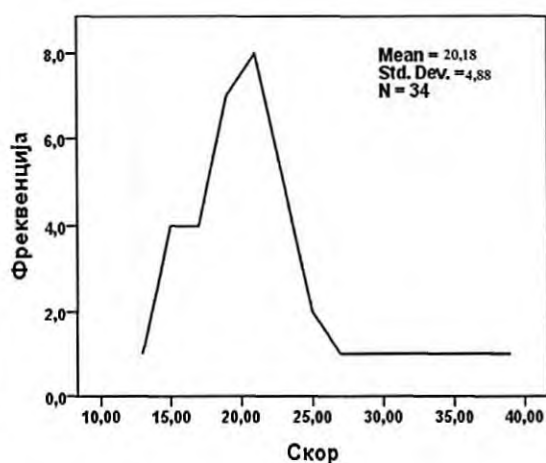


Слика 51. Вкупно користење поддршка од средината при справувањето со стрес кај експерименталната група

Вкупното користење на поддршка од средината при справувањето со стрес исто така беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол најзината средна вредност изнесува $M=23,43$ и $SD=4,71$, при што најнисиот постигнат скор изнесува 14, а највисокиот постигнат скор изнесува 33. Во однос на вкупно користење поддршка од средината при справувањето со стрес од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност изнесува $M=20,18$ и $SD=4,88$, при што најнисиот постигнат скор изнесува 13, а највисокиот постигнат скор изнесува 39. Дистрибуцијата на користењето вкупна социјална поддршка според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 52 и Слика 53.



Слика 52. Вкупна социјална поддршка кај родителите од женски пол од експерименталната група



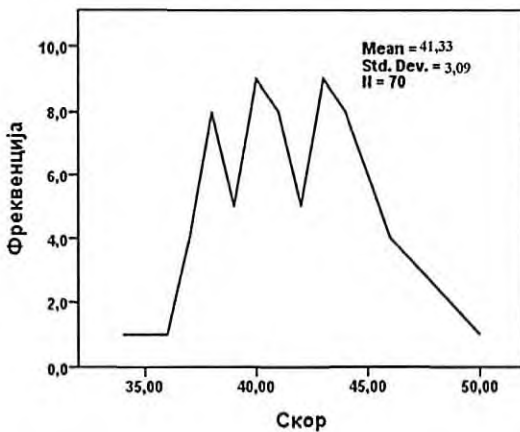
Слика 53. Вкупна социјална поддршка кај родителите од машки пол од експерименталната група

2.2 Дескриптивна анализа кај контролна група

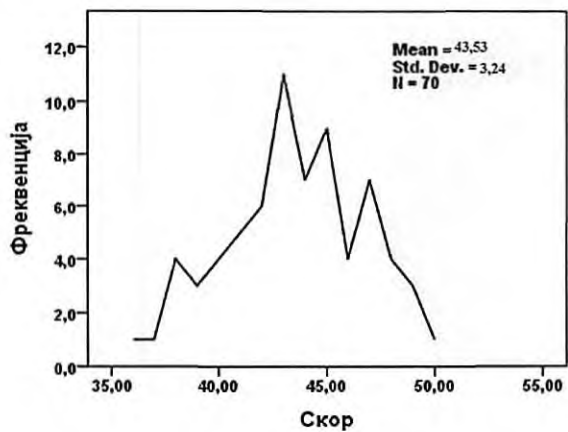
2.2.1 Дескриптивна анализа на прашалникот за процена на адаптација и кохезија во семејството (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)

А) Кохезија кај контролната група

Во однос на контролната група се анализираа двата аспекта на перципирана кохезија и посакувана кохезија. Перципираната кохезија кај контролната група имаше средна вредност од $M=41,33$ со $SD=3,09$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 34, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Во однос на посакуваната кохезија кај контролната група, таа имаше средна вредност од $M=43,53$ и $SD=3,24$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 36, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната кохезија е прикажана графички во продолжение Слика 54 и Слика 55.



Слика 54. Перципирана кохезија во контролната група

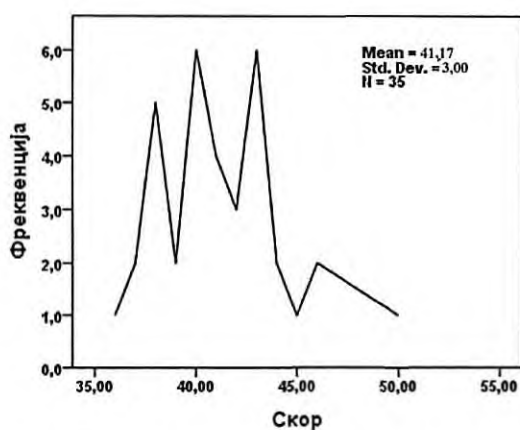


Слика 55. Посакувана кохезија во контролната група

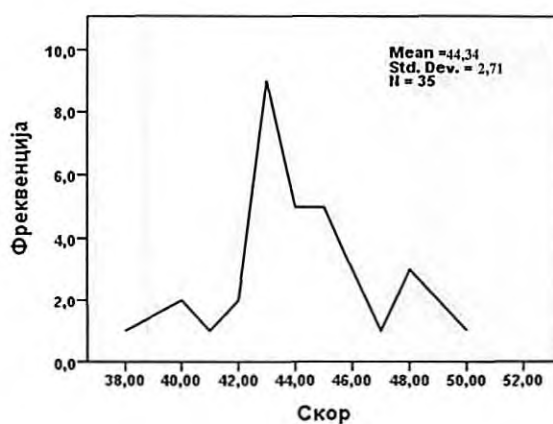
Исто така, кохезијата кај контролната група се разгледуваше и од аспект на полот на родителите, односно одделно за родителите од женски и родителите од машки пол.

Во однос на кохезијата кај родителите од женски пол повторно се анализираа двата аспекти на кохезијата, односно перципирана и посакувана при што се покажа

дека перцепираната кохезија има средна вредност од $M=41,17$ и $SD=3,00$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 36, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Посакуваната кохезија кај родителите од женски пол од експерименталната група има средна вредност од $M=44,34$ и $SD=2,71$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 38, а највисокиот постигнат скор изнесува 50. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната кохезија кај родителите од женски пол е прикажана графички во продолжение на Слика 56 и Слика 57.

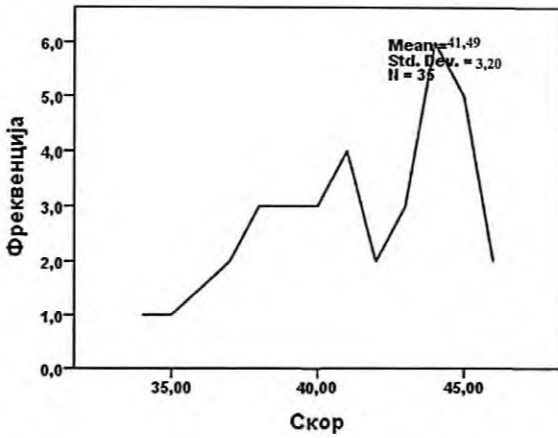


Слика 56. Перцепирана кохезија кај родители од женски пол во контролната група

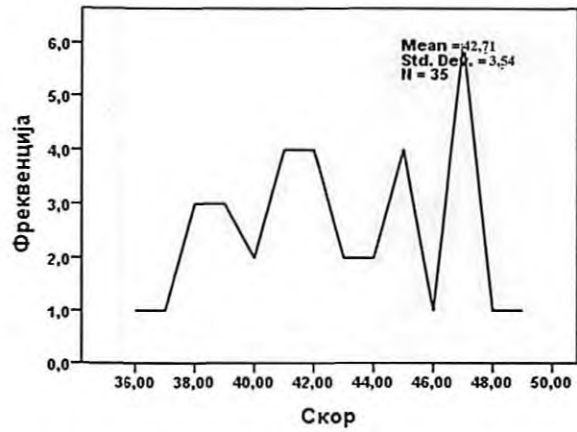


Слика 57. Посакувана кохезија кај родители од женски пол во контролната група

Исто така, кохезијата кај родителите од машки пол беше анализирана од двата аспекти, односно, перципирана и посакувана кохезија, при што се покажа дека перцепираната кохезија има средна вредност од $M=41,49$ и $SD=3,20$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 34, а највисокиот постигнат скор изнесува 60. Посакуваната кохезија кај родителите од машки пол од контролната група има средна вредност од $M=42,71$ и $SD=3,54$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 36, а највисокиот постигнат скор изнесува 49. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната кохезија кај родителите од машки пол е прикажана графички во продолжение на Слика 58 и Слика 59.



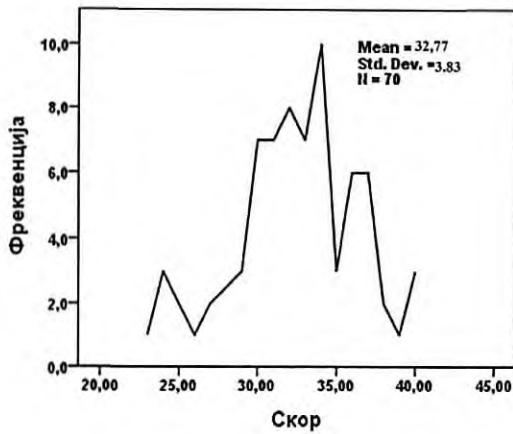
Слика 58. Перцеирана кохезија кај родители од женски пол во контролната група



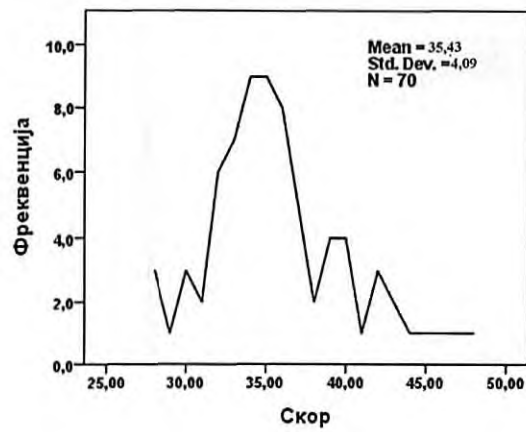
Слика 59. Посакувана кохезија кај родители од машки пол во контролната група

Б) Адаптација кај контролната група

Во контролната група исто како и во експерименталната се анализираа двата аспекта на адаптацијата, перципирана и посакувана адаптација. Перципираната адаптација кај контролната група има средна вредност од $M=32,77$ и $SD=3,83$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 24, а највисокиот постигнат скор изнесува 40, додека посакуваната адаптација кај контролната група има средна вредност од $M=35,43$ и $SD=4,09$, при што најнискиот постигнат скор изнесуваше 28, а највисокиот постигнат скор изнесуваше 48. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната адаптација е прикажана графички во продолжение на Слика 60 и Слика 61.



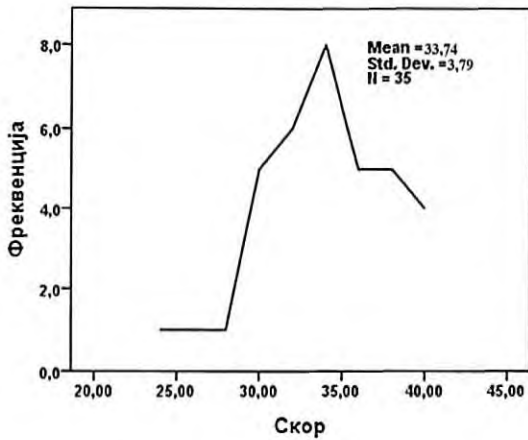
Слика 60. Перцепирана адаптација во контролната група



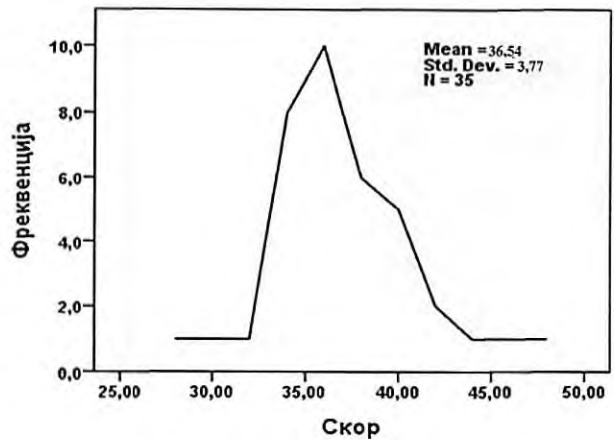
Слика 61. Посакувана адаптација во контролната група

Адаптацијата кај контролната група се разгледуваше и од аспект на полот на родителите, односно одделно за родителите од женски и родителите од машки пол.

Имено, кај родителите од женски пол повторно се анализираа двата аспекти на адаптацијата-перципирана и посакувана, при што се покажа дека перцепираната адаптација има средна вредност од $M=33,74$ и $SD=3,79$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 24, а највисокиот постигнат скор изнесува 40. Посакуваната адаптација кај родителите од женски пол има средна вредност од $M=36,54$ и $SD=3,77$, при што најнискиот постигнат скор изнесуваше, 28 а највисокиот постигнат скор изнесуваше 48. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната адаптација кај родителите од женски пол е прикажана графички во продолжение на Слика 62 и Слика 63.

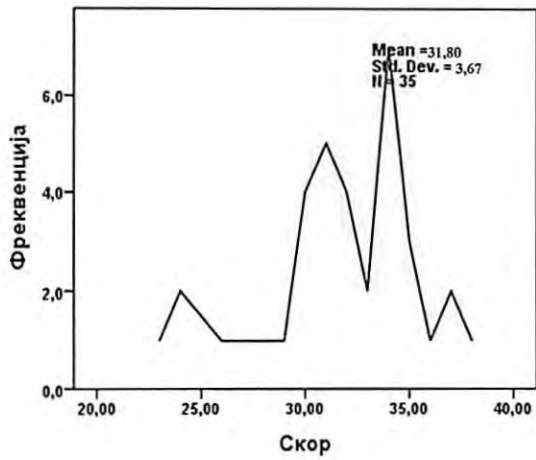


Слика 62. Перцеирана адаптација кај родители од женски пол во контролната група

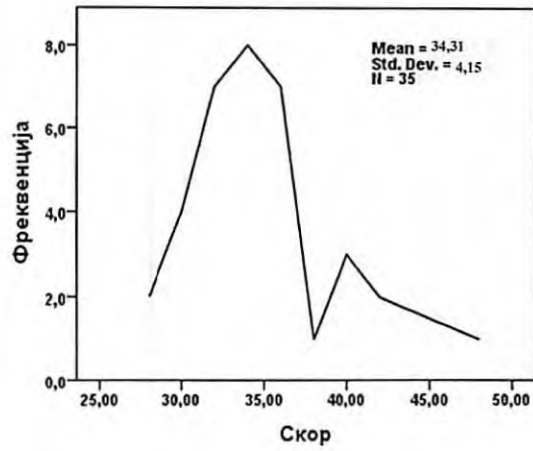


Слика 63. Посакувана адаптација кај родители од женски пол во контролната група

Во однос на адаптацијата кај родителите од машки пол исто така се анализираа двата аспекти на адаптацијата-перципирана и посакувана, при што се покажа дека перципираната адаптација има средна вредност од $M=31,80$ и $SD=3,67$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 23, а највисокиот постигнат скор изнесува 38. Посакуваната адаптација кај родителите од машки пол во контролната група има средна вредност од $M=34,31$ и $SD=4,15$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 28, а највисокиот постигнат скор изнесува 47. Дистрибуцијата на перципираната и посакуваната адаптација кај родителите од машки пол е прикажана графички во продолжение на Слика 64 и Слика 65.



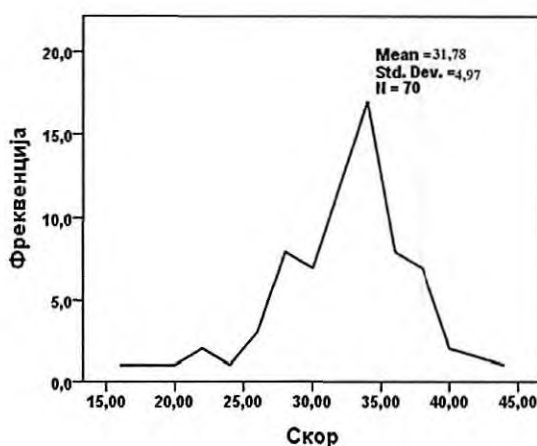
Слика 64. Перцеирана адаптација кај родители од машки пол во контролната група



Слика 65. Посакувана адаптација кај родители од машки пол во контролната група

2.2.2 Дескриптивна анализа на скалата ориентирана за лична проценка на кризиите во семејството- Family crisis oriented personal evaluation scale -F-COPES

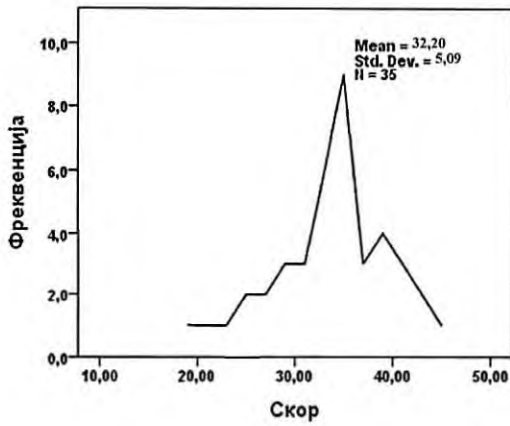
А) Во однос на користењето на стратегијата добивање социјална поддршка (Acquiring social support-ASS) за справување со стресот, се покажа дека во контролната група таа има средна вредност од $M=31,78$ и $SD=4,97$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 16, а највисокиот постигнат скор изнесува 44. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 66.



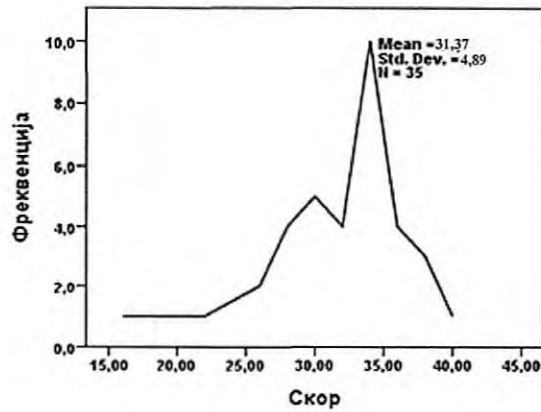
Слика 66. Користење на стратегијата ASS кај родителите од контролната група

Користењето на оваа стратегија за справување со стрес исто така беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=32,20$ и $SD=5,09$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 19, а највисокиот постигнат скор изнесува 44. Кај родителите од машки пол се покажа дека средната вредност изнесува $M=31,37$ и $SD=4,89$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 16, а највисокиот постигнат

скор изнесува 39. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 67 и Слика 68.

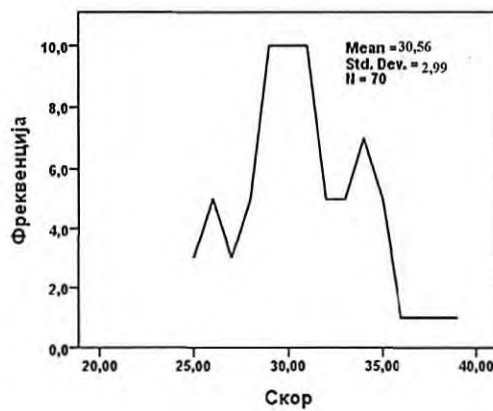


Слика 67. Користење на сѝраиѝеѝијаѝа ASS кај родиѝелиѝе од женски пол од експерименталната групѝа



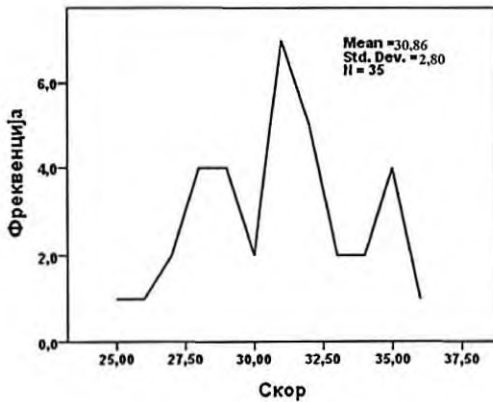
Слика 68. Користење на сѝраиѝеѝијаѝа ASS кај родиѝелиѝе од машки пол од експерименталната групѝа

Б) Стратегијата реструктуирање на проблемот (Reframing-R) се покажа дека во контролната група има средна вредност од $M=30,56$ и $SD=2,99$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 25, а највисокиот постигнат скор изнесува 39. Дистрибуцијата на користење на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 69.

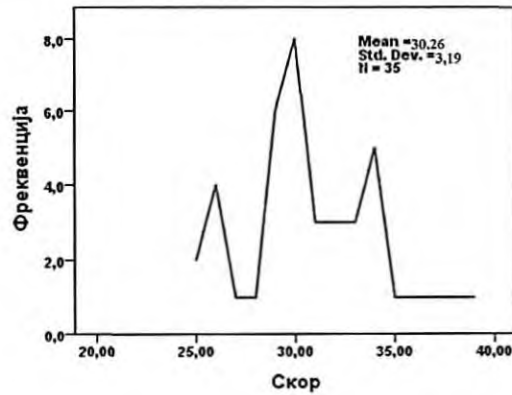


Слика 69. Користење на сѝраиѝеѝијаѝа (R) кај родиѝелиѝе од конѝролнаѝа групѝа

Оваа стратегија за справување со стрес исто така беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=30,86$ и $SD= 2,80$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 25, а највисокиот постигнат скор изнесува 36. Од страна на родителите од машки пол во однос на користењето на оваа стратегија, се покажа дека средната вредност изнесува $M=30,26$ и $SD=3,19$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 25, а највисокиот постигнат скор изнесува 39. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 70 и Слика 71.

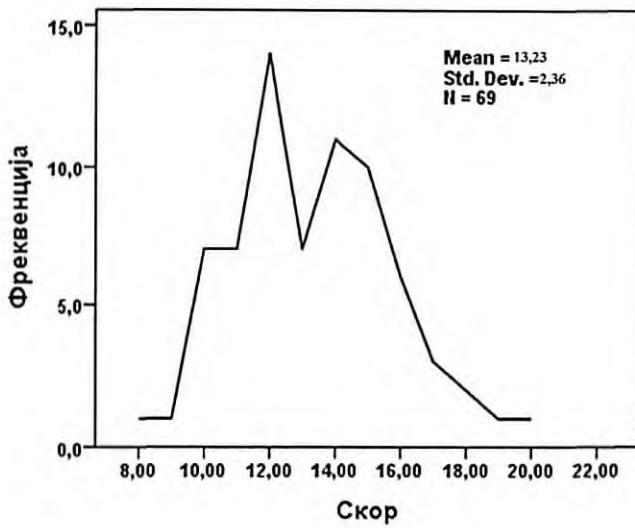


Слика 70. Користење на стратегијата (R) кај родители од женски пол од контролната група



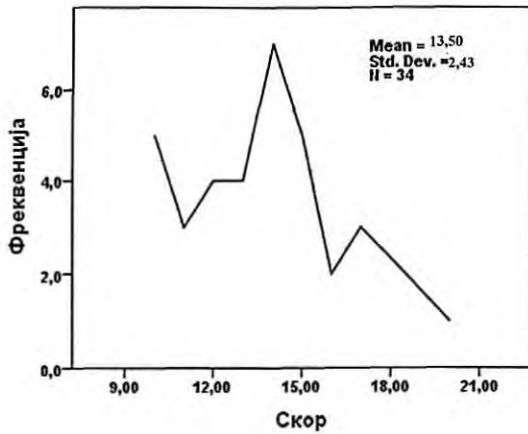
Слика 71. Користење на стратегијата (R) кај родители од машки пол од контролната група

В) Барањето духовна поддршка (SSS) како стратегија за справување со стресот се покажа дека во контролната група има средна вредност од $M=13,23$ и $SD=2,36$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 8, а највисокиот постигнат скор изнесува 20. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 72.

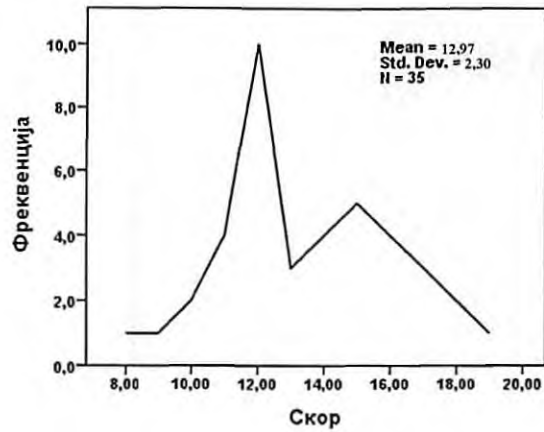


Слика 72. Користење на стравежијата (SSS) кај родителите од контролната група

Разгледувајќи го користењето на оваа стратегија според полот на родителите, се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=13,50$ и $SD=2,43$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 10, а највисокиот постигнат скор изнесува 20, додека кај родителите од машки пол се покажа дека средната вредност на оваа варијабла изнесува $M=12,97$ и $SD=2,30$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 8, а највисокиот постигнат скор изнесува 19. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија според полот на родителите прикажана графички подолу на Слика 73 и Слика 74.

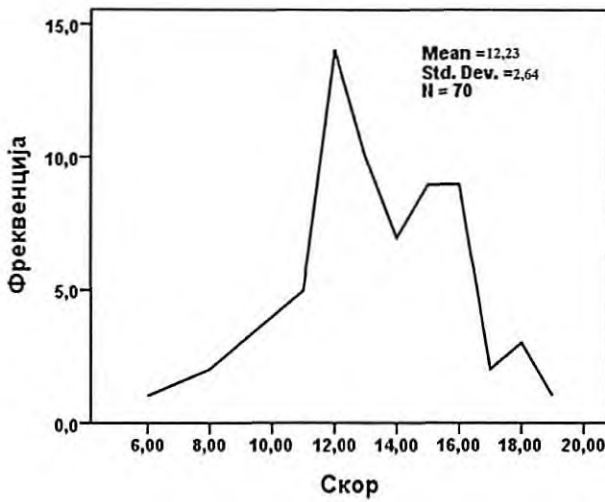


Слика 73. Користење на стратегијата (SSS) кај родителите од женски пол од контролната група



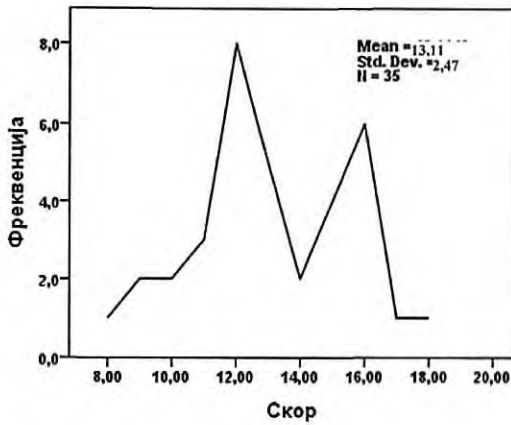
Слика 74. Користење на стратегијата (SSS) кај родителите од машки пол од контролната група

Г) Користењето на стратегијата мобилизирање на семејството (Mobilizing family MF) за справување со стресот се покажа дека во експерименталната група таа има средна вредност од $M=13,23$ и $SD=2,64$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 19. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија е прикажана графички подолу на Слика 75.

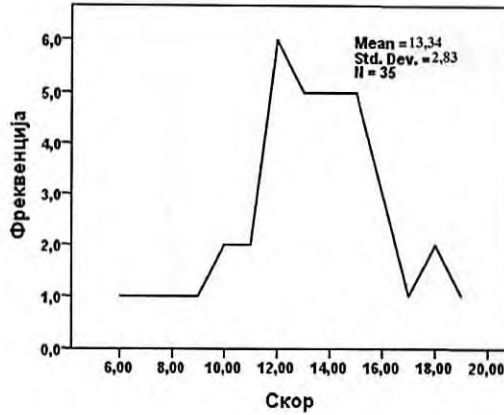


Слика 75. Користење на стратегијата (MF) кај родителите од контролната група

Исто така, оваа стратегија беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=13,11$ и $SD=2,43$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 10, а највисокиот постигнат скор изнесува 20. Во однос на користењето на оваа стратегија од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност на оваа стратегија изнесува $M=13,34$ и $SD=2,83$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 19. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 76 и Слика 77.

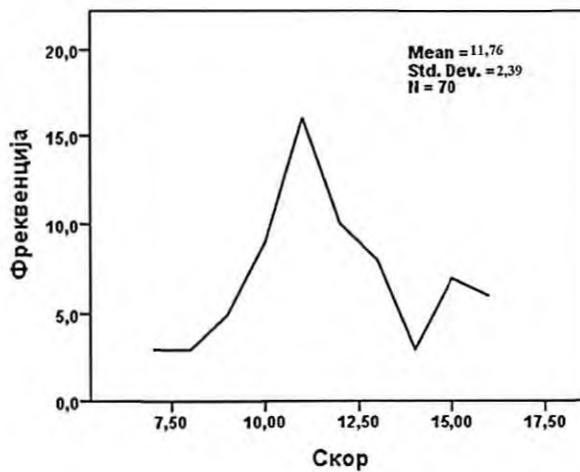


Слика 76. Користење на стратегијата (MF) кај родителите од женски пол од контролната група



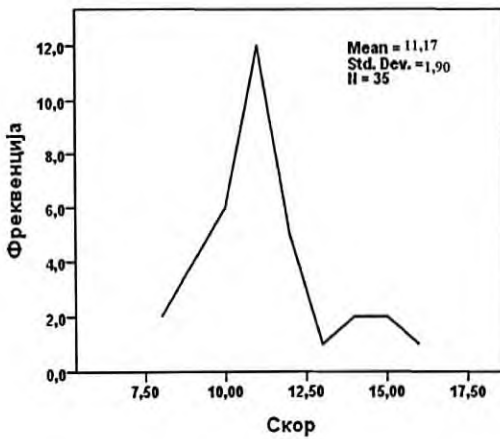
Слика 77. Користење на стратегијата (MF) кај родителите од машки пол од контролната група

Д) Користењето на стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA) за справување со стресот се покажа дека во контролната група има средна вредност од $M=11,76$ и $SD=2,39$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 7, а највисокиот постигнат скор изнесува 16. Дистрибуцијата на оваа варијабла е прикажана графички подолу на Слика 78.

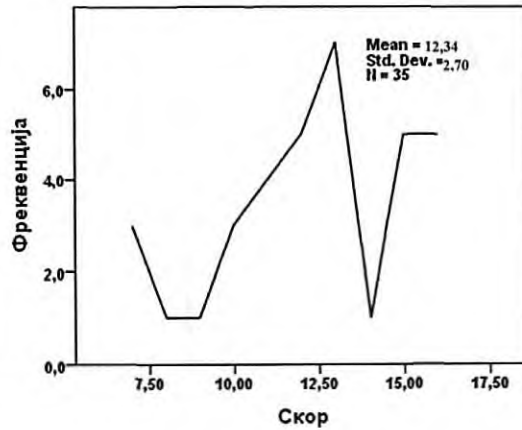


Слика 78. Користење на стратегијата (PA) кај родителите од контролната група

Исто така, оваа стратегија за справување со стрес беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=11,17$ и $SD=1,90$ при што најнискиот постигнат скор изнесува 8, а највисокиот постигнат скор изнесува 16. Во однос на користењето на оваа стратегија од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност изнесува $M=12,34$ и $SD=2,70$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 7, а највисокиот постигнат скор изнесува 16. Дистрибуцијата на користењето на оваа стратегија според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 79 и Слика 80.



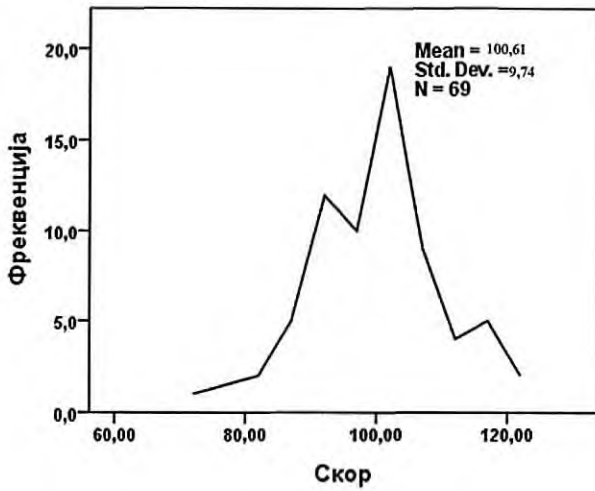
Слика 79. Користење на стратегијата (РА) кај родителите од женски пол од експерименталната група



Слика 80. Користење на стратегијата (РА) кај родителите од машки пол од експерименталната група

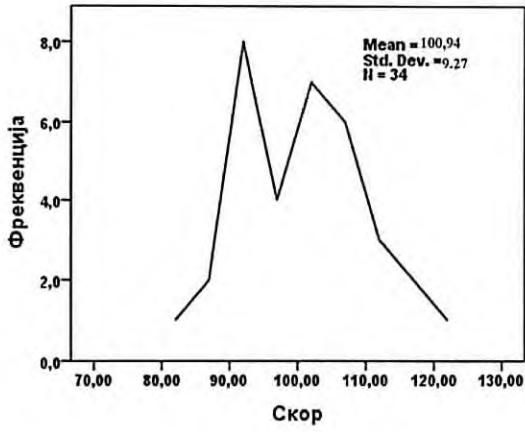
Г) Вкупно користење на стратегии

Вкупното користење на стратегии за справување со стресот, се покажа дека во контролната група има средна вредност од $M=100,61$ и $SD=9,74$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 72, а највисокиот постигнат скор изнесува 122. Дистрибуцијата на вкупното користење стратегии е прикажана графички подолу на Слика 81.

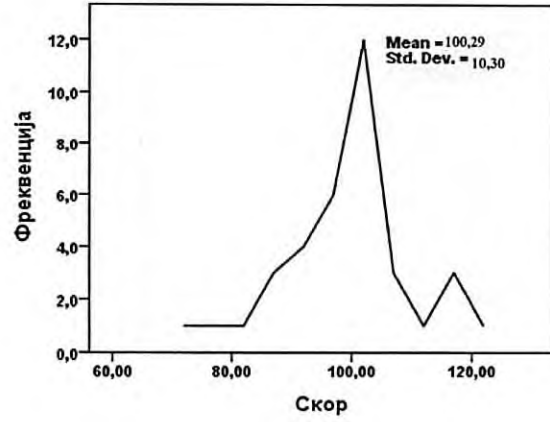


Слика 81. Вкупно користење на стратегии за справување со стрес кај родителите од контролната група

Вкупното користење стратегии за справување со стрес беше разгледувано и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол средната вредност изнесува $M=100,94$ и $SD=9,27$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 82, а највисокиот постигнат скор изнесува 120. Во однос на користењето на оваа стратегија од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност изнесува $M=100,29$ и $SD=10,30$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 72, а највисокиот постигнат скор изнесува 122. Дистрибуцијата на вкупното користење стратегии според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 82 и Слика 83.



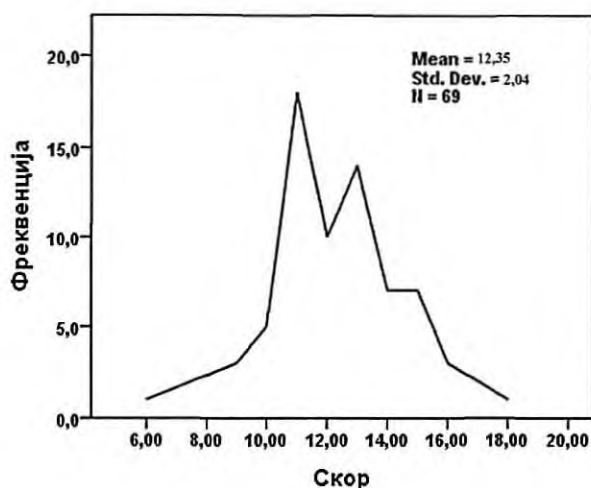
Слика 82: Вкупно корисење на сџрашеѓии за сџравување со сџрес кај родиџелиџе од женски џол од конџролниџа џруџа



Слика 83: Вкупно корисење на сџрашеѓии за сџравување со сџрес кај родиџелиџе од машки џол од конџролниџа џруџа

2.2.3 Дескриптивна анализа на инструментите за следење на социјалната поддршка од семејството и пријателите-Perceived social support from friends and from family (PSS-Fa, PSS-Fr)

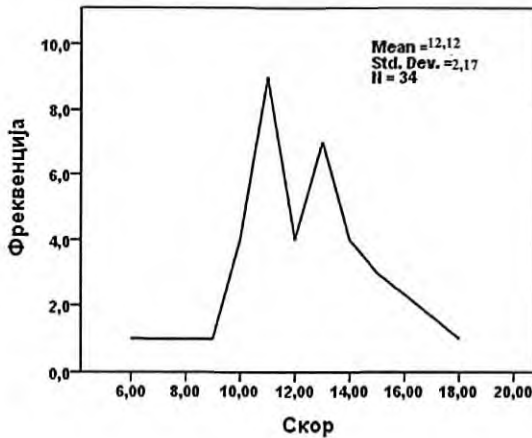
А) Во однос на користењето поддршка од пријателите при справувањето со стрес се покажа дека во контролната група има средна вредност од $M=12,35$ и $SD=2,04$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 18. Дистрибуцијата на користењето поддршка од родителите е прикажана графички подолу на Слика 84.



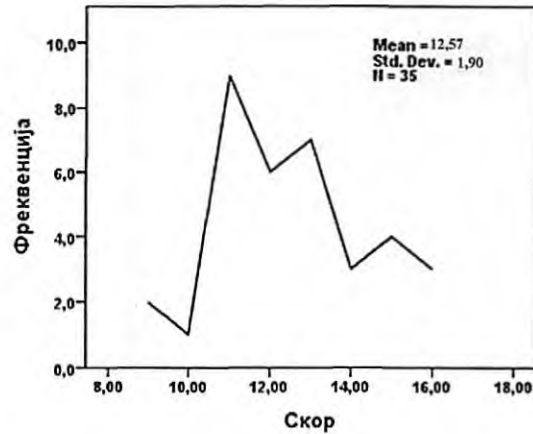
Слика 84. Користење поддршка од пријателите при справувањето со стрес кај контролната група

Користење поддршка од пријателите при справувањето со стрес исто така беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=12,12$ и $SD=2,17$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 18. Од страна на родителите од машки пол се покажа дека средната вредност изнесува $M=12,57$ и $SD=1,90$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 15. Дистрибуцијата на користењето поддршка

од пријателите според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 85 и Слика 86.

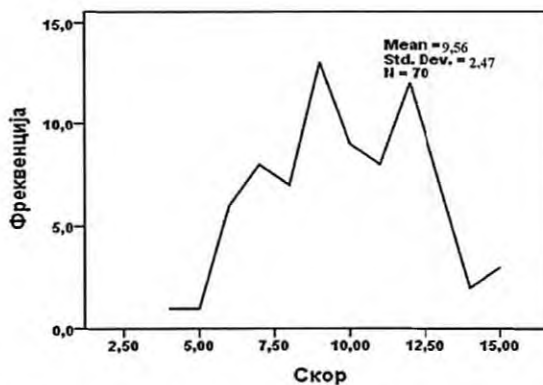


Слика 85. Користење поддршка од пријателите кај родителите од женски пол од контролната група



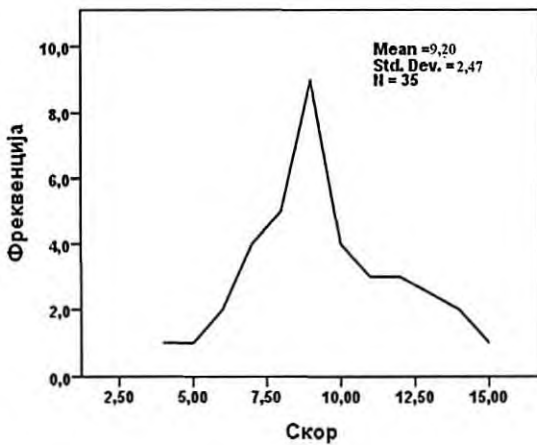
Слика 86. Користење поддршка од пријателите кај родителите од машки пол од контролната група

б) Во однос на користењето поддршка од семејството при справувањето со стрес во контролната група се покажа дека таа има средна вредност од $M=9,56$ и $SD=2,47$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 15. Дистрибуцијата на користењето поддршка од семејството е прикажана графички подолу на Слика 87.

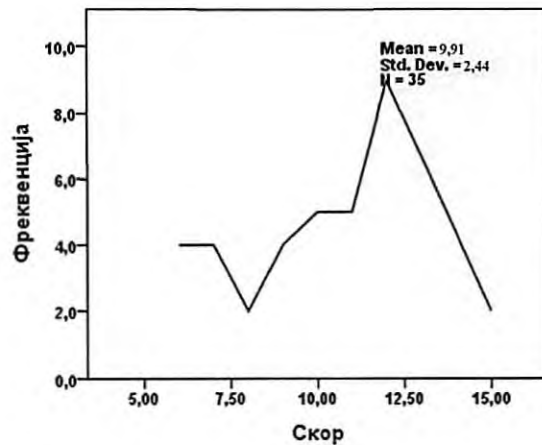


Слика 87: Користење поддршка од семејството при справувањето со стрес кај контролната група

Разгледувајќи го користењето на поддршката од семејството при справувањето со стрес исто така беше разгледувана и според полот на родителите. Па така, кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесува $M=9,20$ и $SD=2,47$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 4, а највисокиот постигнат скор изнесува 15. Во однос на користење на поддршка од семејството при справувањето со стрес од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност изнесува $M=9,91$ и $SD=2,44$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 6, а највисокиот постигнат скор изнесува 15. Дистрибуцијата на користењето поддршка од семејството според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 88 и Слика 89.

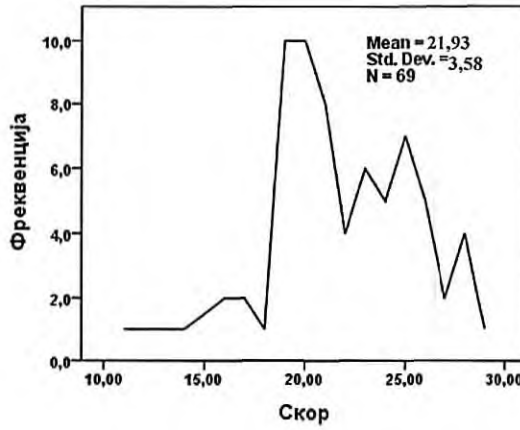


Слика 88. Користење поддршка од семејството кај родителите од женски пол од контролната група



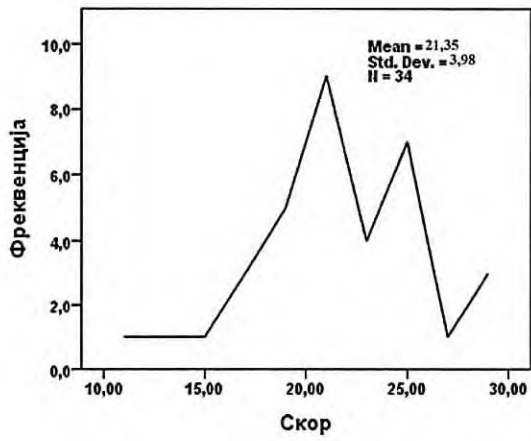
Слика 89. Користење поддршка од семејството кај родителите од машки пол од контролната група

в) Вкупното користење на социјалната поддршка при справувањето со стрес се покажа дека во контролната група има средна вредност од $M=21,93$ и $SD=3,58$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 11, а највисокиот постигнат скор изнесува 29. Дистрибуцијата на вкупното користење социјална поддршка е прикажана графички подолу на Слика 90.

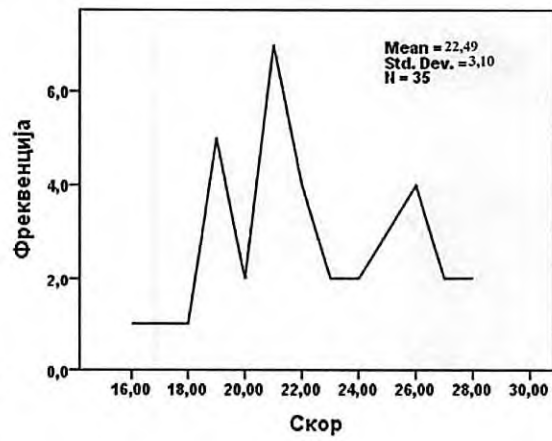


Слика 90. Вкупно користење социјална поддршка при справувањето со стрес кај контролната група

Вкупното користење на социјална поддршка при справувањето со стрес беше разгледувана и според полот на родителите, па така се покажа дека кај родителите од женски пол нејзината средна вредност изнесуваше $M=21,35$ и $SD=3,98$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 11, а највисокиот постигнат скор изнесува 29. Во однос на вкупно користење на поддршка од средината при справувањето со стрес од страна на родителите од машки пол, се покажа дека средната вредност изнесува $M=22,49$ и $SD=3,10$, при што најнискиот постигнат скор изнесува 16, а највисокиот постигнат скор изнесува 28. Дистрибуцијата на користењето на вкупната социјална поддршка според полот на родителите е прикажана графички подолу на Слика 91 и Слика 92.



Слика 93. Вкупна социјална поддршка
кај родителите
од женски пол од контролната група



Слика 94. Вкупна социјална поддршка
кај родителите
од машки пол од контролната група

3. Компаративна анализа

По дескриптивната анализа се пристапи кон проверување на истражувачките хипотези.

ХИПОТЕЗА 1: Кај балансираните семејства во кои има дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои има дете со аутизам.

За тестирањето на оваа хипотеза се користеше t-тестот со кој се испитуваа разликите на аритметичките групи на постигнувањата по однос на дадена варијабла кај двете групи од интерес, односно се тестираше статистичката значајност на разликата во користењето социјална поддршка помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам.

- а) Во однос на користењето поддршка од пријателите се споредуваа разликите во користењето помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=-2,04$, при што вредноста на $p=0,045$, односно $p<0,05$. Со ова се заклучува дека постои статистички значајна разлика помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам во однос на користење поддршка од пријателите за справување со стрес, но во насока спротивна на очекуваната, односно, небалансираните семејства во поголема мера користат поддршка од пријателите за справување со стрес од балансираните. Резултатите од оваа анализа се покажани подолу во (Табела 5).

Табела 5. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од пријателите

		M	D	t	df	p
Пријатели	Балансирани семејства	10,81	-1,19	-2,04	67,00	0,045
	Небалансираните семејства	12,00				

- б) Во однос на користењето поддршка од семејството се споредуваа разликите помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со

аутизам, при што се доби вредност на $t=0,78$, при што вредноста на $p=0,441$ со што се заклучува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам во однос на користењето на поддршката од семејството. Резултатите од оваа анализа се покажани подолу во (Табела 6).

Табела 6. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од семејството

		M	D	t	df	p
Семејство	Балансирани семејства	10,92	0,82	0,78	66	0,441
	Небалансираните семејства	10,10				

в) Во однос на користењето на вкупната социјална поддршка се споредуваа разликите помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=-0,27$, при што вредноста на $p=0,786$ со што се заклучува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам во однос на користењето на вкупната социјална поддршка.

Резултатите од ова анализа се покажани подолу во (Табела 7).

Табела 7. Разлики помеѓу групите во однос на вкупното користење на социјална поддршка

		M	D	t	df	p
Вкупно	Балансирани семејства	21,73	-0,34	-0,27	66	0,786
	Небалансираните семејства	22,07				

ХИПОТЕЗА 2: Кај балансираните семејства во кои нема дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам.

За тестирањето на оваа хипотеза се користеше t-тестот со кој се испитуваа разликите на аритметичките групи на постигнувањата по однос на дадена варијабла кај двете групи од интерес, односно се тестираше статистичката значајност на

разликата во користењето на социјалната поддршка помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам.

- а) Во однос на користењето поддршка од пријателите се споредуваат разликите помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=-1,93$, при што вредноста на $p=0,047$ со што се заклучува дека постои статистички значајна разлика помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам во однос на користење на поддршка од пријателите, но во насока спротивна на очекуваната, односно небалансираните семејства во поголема мера користат поддршка од пријателите од балансираните. Резултатите од оваа анализа се покажани подолу во (Табела 8).

Табела 8. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од пријателите

		M	D	t	df	p
пријатели	Балансирани семејства	11,79	-0,94	-1,93	67	0,047
	Небалансираните семејства	12,73				

- б) Во однос на користењето поддршка од семејството се споредуваат разликите помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=-0,31$, при што вредноста на $p=0,758$ со што се заклучува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам во однос на користењето поддршка од семејството. Резултатите од оваа анализа се покажани подолу во (Табела 9).

Табела 9. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од семејството

		M	D	t	df	p
Семејство	Балансирани семејства	9,45	-0,18	-0,31	68	0,758
	Небалансираните семејства	9,63				

в) Во однос на користењето на вкупната социјална поддршка се споредуваа разликите помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=-1,23$, при што вредноста на $p=0,221$ со што се заклучува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам во однос на вкупното користење социјална поддршка. Резултатите од оваа анализа се покажани подолу во (Табела 10).

Табела 10. Разлики помеѓу групите во однос на вкупното користење социјална поддршка

		M	D	t	df	p
Вкупно	Балансирани семејства	21,29	-1,08	-1,23	67	0,221
	Небалансираните семејства	22,37				

ХИПОТЕЗА 3: Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера користат стратегии за справување со стрес од татковците.

За тестирањето на оваа хипотеза се користеше т-тестот со кој се испитуваа разликите на аритметичките групи на постигнувањата по однос на дадена варијабла кај двете групи од интерес, односно се тестираше статистичката значајност на разликата во користењето на определена стратегија помеѓу мајките и татковците.

а) Во однос на стратегијата добивање на социјална поддршка (Acquiring social support-ASS) се споредуваа разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=1,24$, при што вредноста на $p=0,22$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците во користењето на оваа стратегија во експерименталната група (Табела 11).

Табела 11. Разлики помеѓу групите во однос на користењето добивање на социјална поддршка (ASS) како стратегија за справување со стресот.

ASS	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	17	42	30,86	6,26	1.24	0,22
Татковци	13	42	28,94	6,66		

б) Во однос на стратегијата реструктурирање на проблемот (Reframing-R) се споредуваат разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=3,44$, при што вредноста на $p=0,001$ со што се доаѓа до заклучок дека постои силна статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците во користењето на оваа стратегија во експерименталната група, односно дека мајките во значајно поголема мера ја користат оваа стратегија во справување со стресот (Табела 12).

Табела 12. Разлики помеѓу групите во однос на користењето на реструктурирање на проблемот (R) како стратегија за справување со стресот.

R	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	23	40	31,49	3,88	3,44	0,001**
Татковци	19	40	27,94	4,70		

в) Во однос на стратегијата барање духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS) се споредуваат разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=1,98$, при што вредноста на $p=0,052$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во експерименталната група (Табела 13).

Табела 13. Разлики помеѓу групите во однос на користењето барање духовна поддршка (SSS) како стратегија за справување со стресот.

SSS	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	6	18	12,51	3,33	1,98	0,052
Татковци	4	19	10,91	3,44		

г) Во однос на стратегијата мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF) се споредуваа разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=2,67$, при што вредноста на $p=0,010$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во експерименталната група, односно дека мајките во значајно поголема мера ја користат оваа стратегија за справување со стресот (Табела 14).

Табела 14. Разлики помеѓу групите во однос на користењето мобилизирање на семејството (MF) како стратегија за справување со стресот.

MF	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	7	20	16,09	3,36	2,67	0,010**
Татковци	4	20	13,71	4,04		

д) Во однос на стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA) се споредуваа разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=2,24$, при што вредноста на $p=0,028$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во експерименталната група, но во насока спротивна од очекуваната, односно татковците ја користат оваа стратегија во поголема мера од мајките (Табела 15).

Табела 15. Разлики помеѓу групите во однос на користењето пасивна оценка (PA) како стратегија за справување со стресот.

PA	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	6	19	11,40	2,48	-2,24	0,028*
Татковци	6	16	12,66	2,21		

ѓ) Во однос на вкупното користење стратегии за справување со стресот се споредуваа разликите помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=3,00$, при што вредноста на $p=0,0048$ со што се доаѓа до

заклучок дека постои статистички значајна разлика во вкупното користење стратегии помеѓу мајките и татковците во експерименталната група, односно дека мајките во значајно поголема мера користат стратегии за справување со стресот (Табела 16).

Табела 16. Разлики помеѓу групите во однос на вкупното користење стратегии за справување со стресот

Вкупно стратегии	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	73	124	102,34	10,67	3,00	0,004**
Татковци	75	128	94,17	12,08		

ХИПОТЕЗА 4: Во семејства во кои нема дете со аутизам мајките и татковците во иста мера користат стратегии за справување со стресот.

За тестирањето на оваа хипотеза се користеше t-тестот со кој се испитуваа разликите на аритметичките групи на постигнувањата по однос на дадена варијабла кај двете групи од интерес, односно се тестираше статистичката значајност на разликата во користењето на определена стратегија помеѓу мајките и татковците.

а) Во однос на стратегијата добивање на социјална поддршка (Acquiring social support-ASS) се споредуваа разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=0,694$, при што вредноста на $p=0,490$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во контролната група (Табела 17).

Табела 17. Разлики помеѓу групите во однос на користењето добивање на социјална поддршка (ASS) како стратегија за справување со стресот.

ASS	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	19	44	32,30	5,09	0,694	0,490
Татковци	16	39	31,37	4,89		

б) Во однос на стратегијата реструктурирање на проблемот (Reframing-R) се споредуваа разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=0,836$, при што вредноста на $p=0,406$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во контролната група. (Табела 18).

Табела 18. Разлики помеѓу групите во однос на користењето реструктурирање на проблемот (R) како стратегија за справување со стресот

R	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	25	36	30,86	2,80	0,836	0,406
Татковци	25	39	30,26	3,19		

в) Во однос на стратегијата барање духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS) се споредуваа разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=0,927$, при што вредноста на $p=0,357$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во контролната група. (Табела 19).

Табела 19. Разлики помеѓу групите во однос на користењето барање духовна поддршка (SSS) како стратегија за справување со стресот.

SSS	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	10	20	13,50	2,43	0,927	0,357
Татковци	8	19	12,97	2,30		

г) Во однос на стратегијата мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF) се споредуваа разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=-0,360$, при што вредноста на $p=0,720$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во контролната група. (Табела 20).

Табела 20. Разлики помеѓу групите во однос на користењето на мобилизирање на семејството (MF) како стратегија за справување со стресот.

MF	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	10	20	13,11	2,43	-0,360	0,720
Татковци	6	19	13,34	2,83		

д) Во однос на стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA) се споредуваат разликите во користењето на оваа стратегија за справување со стрес помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=-2,098$, при што вредноста на $p=0,049$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика во користењето на оваа стратегија помеѓу мајките и татковците во експерименталната група, односно дека татковците во значајно поголема мера ја користат оваа стратегија за справување со стресот (Табела 21).

Табела 21. Разлики помеѓу групите во однос на користењето на пасивна оценка (PA) како стратегија за справување со стресот

PA	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	8	16	11,17	1,90	-2,098	0,049*
Татковци	7	16	12,34	2,70		

ѓ) Во однос на вкупното користење стратегии за справување со стресот се споредуваат разликите помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=0,277$, при што вредноста на $p=0,782$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика во вкупното користење стратегии помеѓу мајките и татковците во контролната група. (Табела 22).

Табела 22. Разлики помеѓу групите во однос на вкупното користење на стратегии за справување со стресот

Вкупно стратегии	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	82	120	100,94	9,27	0,277	0,782
Татковци	72	122	100,29	10,20		

ХИПОТЕЗА 5: Во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе користат социјална поддршка за справување со стресот од татковците.

За тестирањето на оваа хипотеза се користеше t-тестот со кој се испитуваа разликите на аритметичките групи на постигнувањата по однос на дадена варијабла кај двете групи од интерес, односно се тестираше статистичката значајност на разликата во користењето на социјалната поддршка помеѓу мајките и татковците кои имаат дете со аутизам.

а) Во однос на поддршката од пријателите се споредуваа разликите во помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=3,35$, при што вредноста на $p=0,0012$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците, односно дека мајките во значајно поголема мера користат поддршка од пријателите во справување со стресот. (Табела 23).

Табела 23. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од пријателите

Поддршка од пријателите	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	6	16	12,40	2,03	3,35	0,0012**
Татковци	6	15	10,57	2,51		

б) Во однос на поддршката од семејството се споредуваа разликите во помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=1,33$, при што вредноста на $p=0,189$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците во однос на користењето поддршка од семејството во справување со стресот. (Табела 24).

Табела 24. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од семејството

Поддршка од семејството	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	4	20	11,03	3,56	1,33	0,189
Татковци	5	33	9,68	4,82		

в) Во однос на вкупната социјална поддршка во справување со стресот се споредуваа разликите во помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=2,82$, при што вредноста на $p=0,006$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците, односно дека мајките во значајно поголема мера користат социјална поддршка во справување со стресот.(Табела 25).

Табела 25. Разлики помеѓу групите во однос на вкупното користење на социјална поддршка

Вкупно поддршка	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	14	33	23,43	4,71	2,82	0,006**
Татковци	13	39	20,18	4,88		

ХИПОТЕЗА 6: Во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе го проценат семејството како кохезивно и адаптивно од татковците.

За тестирањето на оваа хипотеза се користеше t-тестот со кој се испитуваа разликите на аритметичките групи на постигнувањата по однос на дадена варијабла кај двете групи од интерес, односно се тестираше статистичката значајност на разликата помеѓу перцепираната кохезија и адаптација и посакуваната кохезија и адаптација, помеѓу мајките и татковците во семејства во кои има дете со аутизам.

а) Во однос на перцепираната кохезија се споредуваа разликите во помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=3,22$, при што вредноста на $p=0,002$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците, односно дека мајките во значајно поголема мера го перцепираат своето семејство како кохезивно.(Табела 26).

Табела 26. Разлики помеѓу групите во однос на перцепираната кохезија

Перцепирана кохезија	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	27	49	41,20	4,80	3,22	0,002**
Татковци	26	47	36,77	6,58		

б) Во однос на посакуваната кохезија се споредуваа разликите помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=3,78$, при што вредноста на $p=0,0001$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците, односно дека посакуваната семејна кохезивност е на многу повисоко ниво кај мајките отколку кај татковците (Табела 27).

Табела 27. Разлики помеѓу групите во однос на посакуваната кохезија

Посакувана кохезија	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	36	50	44,71	3,73	3,78	0,0001**
Татковци	35	50	41,09	4,30		

в) Во однос на перципираната адаптација се споредуваа разликите во помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=-1,80$, при што вредноста на $p=0,077$ со што се доаѓа до заклучок дека не постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците во однос на проценката на адаптивноста на нивното семејство.(Табела 28).

Табела 28. Разлики помеѓу групите во однос на перципираната адаптација

Перцепирана адаптација	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	18	37	28,49	4,83	-1,80	0,077
Татковци	23	41	30,34	3,73		

г) Во однос на посакуваната адаптација се споредуваа разликите во помеѓу мајките и татковците, при што се доби вредност на $t=2,44$, при што вредноста на $p=0,018$ со што се доаѓа до заклучок дека постои статистички значајна разлика помеѓу мајките и татковците во однос на посакуваната адаптација на нивното семејство, односно дека посакуваната семејна адаптација е на значајно повисоко ниво кај мајките отколку кај татковците (Табела 29).

Табела 29. Разлики помеѓу групите во однос на посакуваната адаптација

Посакувана адаптација	Min	Max	M	SD	t-тест	p-вредност
Мајки	29	50	38,40	5,28	2,44	0.018*
Татковци	24	50	35,14	5,89		

ХИПОТЕЗА 7: Во семејствата во кои има дете со аутизам во поголема мера се користи социјална поддршка отколку во семејствата во кои нема дете со аутизам.

За тестирањето на оваа хипотеза се користеше t-тестот со кој се испитуваа разликите на аритметичките групи на постигнувањата по однос на дадена варијабла кај двете групи од интерес, односно се тестираше статистичката значајност на разликата во користењето на социјалната поддршка помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам.

- а) Во однос на користењето поддршка од пријателите се споредуваа разликите помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=-2,26$, при што вредноста на $p=0,026$ со што се заклучува дека постои статистички значајна разлика помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам во однос на користење на поддршка од пријателите, но во насока спротивна на очекуваната, односно семејствата во кои нема дете со аутизам во поголема мера користат поддршка од пријателите. Резултатите од оваа анализа се покажани во Табела 30.

б)

Табела 30. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од пријателите

		M	D	t	df	p
Пријатели	Семејство со дете со аутизам	11,49	-0,86	-2,26	137	0,026
	Семејство без дете со аутизам	12,35				

б) Во однос на користењето поддршка од семејството се споредуваа разликите помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=1,37$, при што вредноста на $p=0,174$ со што се заклучува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам во однос на користење на поддршка од семејството. Резултатите од оваа анализа се покажани во Табела 31.

Табела 31. Разлики помеѓу групите во однос на користење поддршка од семејството

		M	D	t	df	p
Семејство	Семејство со дете со аутизам	10,36	0,80	1,37	137	0,174
	Семејство без дете со аутизам	9,56				

в) Во однос на вкупното користење на социјална поддршка се споредуваа разликите помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам, при што се доби вредност на $t=-0,14$, при што вредноста на $p=0,892$, со што се заклучува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам во однос на вкупното користење социјална поддршка. Резултатите од оваа анализа се покажани во Табела 32.

Табела 32. Разлики помеѓу групите во однос на вкупното користење на социјална поддршка

		M	D	t	df	p
Вкупно	Семејство со дете со аутизам	21,83	-0,10	-0,14	136	0,892
	Нормално семејство	21,93				

ХИПОТЕЗА 8: Во семејствата во кои нема дете со аутизам има поголем број на балансирано семејства отколку во семејствата во кои има дете со аутизам.

Во однос на ова хипотеза, се споредуваа разликите во бројот на балансирано и небалансирано семејства помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам, при што се доби вредност на $\chi^2\text{-тест}=1,211$, при што

вредноста на $p=0,546$, односно $p>0,05$, со што се заклучува дека не постои статистички значајна разлика помеѓу бројот на балансираните и небалансираните семејства помеѓу семејствата кои имаат дете со аутизам и семејствата кои немаат дете со аутизам. Резултатите од оваа анализа се покажани во Табела 33.

Табела 33. Разлики помеѓу групите во однос на балансираноста на семејствата

	Балансираност на семејствата по однос на кохезија и адаптација			χ^2 - тест	df	p
	Балансирани	Небалансирани	Вкупно			
Семејства со дете со аутизам	26	44	70	1,211 ^a	2	0,546
Семејства без дете со аутизам	29	41	70			
Вкупно	55	85	140			

IV. ДИСКУСИЈА

Ойќако се најправи дескриптивна анализа на податоциите, се тестираа испражувачките хипотези. Кај хипотезите се тестираа разликите помеѓу групите на испитаници за секоја од варијаблите при што се користеше t-тестот. Резултатите од оваа анализа се дадени во продолжение.

При тестирање на **хипотезата 1** се испитуваше тврдењето, односно дека кај балансираните семејства во кои има дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои има дете со аутизам.

- а) Во однос на споредбата помеѓу балансираните и небалансираните семејства се покажа дека се разликуваат во однос на користењето *поддршка од пријателите*, но во насока спротивна од очекуваната. Ова значи дека небалансираните семејства во кои има дете со аутизам во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од балансираните семејства во кои има дете со аутизам.
- б) Споредбата помеѓу балансираните и небалансираните семејства покажа дека тие не се разликуваат во однос на тоа во колкава мера користат *поддршка од семејството*.
- в) При споредбата помеѓу балансираните и небалансираните семејства во однос на вкупното користење социјална поддршка се покажа дека не постои разлика.

Хипотезата дека кај балансираните семејства во кои има дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам, не се потврдува. При тестирањето на хипотезата се покажа дека небалансираните семејства во поголема мера користат поддршка од пријателите, што укажува на тоа дека добиениот резултат е спротивен од очекуваниот. Во однос на користењето

поддршка од семејството и користењето на вкупната социјална поддршка, балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам не се разликуваат.

Балансираните семејства по дефиниција се всушност семејства кои имаат умерено ниво на кохезија и адаптација (која се мери со соодветен инструмент-FACES III). Кога едно семејство се соочува со проблем, тогаш тоа сигурно влијае на семејното функционирање, што значи дека може да се нарушат нивоата на кохезија и адаптација во семејството, па така едно балансирано семејство лесно може да помине во небалансирано.

Кога емоционалните врски и способноста на едно семејство да се соочи со одредена животна ситуација се на различно ниво, тогаш од тоа семејство може да се очекува дека ќе бара начини и механизми како да направи добар баланс или рамнотежа на овие две димензии за да може добро да функционира. Еден од тие начини е барањето поддршка од средината за да може полесно да се соочи со новонастанатата проблемска ситуација.

Оправданоста на оваа констатација се гледа и од добиениот резултат, односно во оние семејства каде нема баланс на претходно наведените димензии, а во нашиот случај тоа се небалансираните семејства каде има дете со аутизам, тогаш тие семејства ќе користат повеќе поддршка од пријателите за да можат да се справат со стресот.

Голем број истражувања покажуваат дека поголемото ниво на примена социјална поддршка доведува до намалување на стресот во семејството. Во тој случај кога стресот кај родителите е помал, тогаш тоа семејство подобро функционира.

Во студијата на Pottie и Ingram учество земаат 34 семејства на деца со аутизам каде истражувачите наоѓаат дека социјалната поддршка е важен фактор за адаптацијата на семејството и прифаќање на дијагнозата и состојбата (108).

Во оваа насока интересна е студијата на Higgins и соработниците кои наоѓаат дека негативните социјални ставови се најчестите предизвици кај 22% од

испитаниците (родителите на деца со аутизам). За да се справат со сето тоа 55,6% од нив ги гледаат брачните другари како извор на поддршка, а 26,7 % на поддршката од самите себеси, додека 20% од нив се потпираат на нивните пријатели (98).

При тестирање на *хипотезата 2* се испитуваше тврдењето дека кај балансираните семејства во кои нема дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам.

- а) При споредбата помеѓу балансираните и небалансираните семејства се покажа дека се разликуваат во однос на користењето поддршка од пријателите при справување со стрес, но во насока спротивна од очекуваната. Ова значи дека небалансираните семејства каде нема дете со аутизам во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од балансираните семејства каде нема дете со аутизам.
- б) Споредбата помеѓу балансираните и небалансираните семејства во однос на користењето поддршка од пријателите покажа дека тие не се разликуваат.
- в) При споредбата помеѓу балансираните и небалансираните семејства во користењето на вкупната социјална поддршка се покажа дека двете групи на испитаници не се разликуваат во однос на вкупното користење на социјална поддршка.

Хипотезата дека кај балансираните семејства во кои нема дете со аутизам во поголема мера ќе се користи социјална поддршка за справување со стрес во споредба со небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам, не се потврдува. При тестирањето на хипотезата се покажа дека небалансираните семејства во поголема мера користат поддршка од пријателите, што укажува на тоа дека резултатот е спротивен од очекуваниот. Во однос на користењето поддршка од

семејството и користењето на вкупната социјална поддршка балансираните и небалансираните семејства каде нема дете со аутизам не се разликуваат.

Резултатите од ова истражување за оваа и претходната хипотеза покажаа дека без разлика дали во семејството има или нема дете со аутизам, небалансираните семејства најмногу ја користат поддршката од пријателите за да се справат со стресот. Според природата на нештата, понекогаш блискоста со пријателите ни помага да можеме да ги споделиме со нив чувствата и она што ни се случува во животот. Начинот на комуникација со нив е поразличен во споредба со членовите од семејството. Ова посебно доаѓа до израз кога во едно семејство нема добар баланс на емоционалните врски помеѓу членовите на семејството и неговата способност да се соочи со одредена животна ситуација. Претпоставуваме дека во ваквите семејства има нарушена комуникација која ги изоставува трпението, доверувањето, искреноста итн. Токму заради ова, ваквите семејства поддршката ќе ја бараат кај пријателите.

Исто така, разликата во примањето и користењето на социјалната поддршка кај семејствата во кои има или нема дете со аутизам е во квантитетот и квалитетот на таа поддршка. Оваа разлика се јавува пред сè заради тоа што симптомите кои се јавуваат кај децата со аутизам бараат поголем ангажман и на овие семејства им е потребна поголема поддршка. Оваа констатација е поддржна во истражувањето на Siklos и Kerns каде наоѓаат дека родителите на деца со аутизам примаат слична поддршка како и семејствата каде нема деца со аутизам. Тие разликата ја наоѓаат во квантитетот на поддршката, односно добро адаптирано семејство каде нема дете со аутизам користи поддршка во помала мера. Најчесто на овие семејства доволна им е поддршката од самото семејство (109).

При тестирање на *хипотезата 3* се испитуваше тврдењето дека во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера користат стратегии за справување со стрес од татковците.

- а) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата добивање социјална поддршка (Acquiring social support-ASS) се покажа дека овие две групи на испитаници не се разликуваат во однос на

користењето на оваа стратегија. Ова значи дека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (ASS) за да се справат со стресот.

- б) Споредбата помеѓу мајките и татковците во однос на користењето на стратегијата реструктурирање на проблемот (Reframing-R), покажа дека овие две групи испитаници се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија. Ова значи дека мајките во поголема мера ја користат стратегијата (R) од татковците за да се справат со стресот.
- в) При споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата барање духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS) се покажа дека овие две групи на испитаници не се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија. Ова значи дека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (SSS) за да се справат со стресот.
- г) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF), се покажа дека овие две групи испитаници се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија. Ова значи дека мајките во поголема мера ја користат стратегијата (MF) од татковците за да се справат со стресот.
- д) Споредбата помеѓу мајките и татковците во однос на користењето на стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA), покажа дека овие две групи испитаници се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија, но во насока спротивна од очекуваната. Ова значи дека татковците во поголема мера ја користат стратегијата (PA) од мајките за да се справат со стресот.
- ѓ) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во вкупното користење на стратегии за справување со стрес се покажа дека овие две групи

испитаници се разликуваат во очекуваната насока. Ова значи дека мајките во поголема мера ги користат стратегиите за справување со стрес од татковците во семејства каде има дете со аутизам.

Хипотезата дека во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера користат стратегии за справување со стрес од татковците делумно се потврдува. Во ова истражување се покажа дека мајките во поголема мера од татковците ги користат стратегиите реструктуирање на проблемот (Reframing-R), мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF) како и вкупното користење стратегии за справување со стрес, додека татковците во поголема мера од мајките ја користат стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA). Не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ги користат стратегиите добивање социјална поддршка (ASS) и барање духовна поддршка (SSS).

Секојдневните искуства од практиката покажуваат дека мајките се тие кои почесто се со своите деца, а таткото е тој кој е одговорен за егзистенцијата на семејството. Заради тоа мајките на деца со аутизам имаат поголем ангажман околу нив за разлика од татковците. Секојдневната грижа нуди голем број предизвици со кои се соочуваат и тие на некој начин се принудени да бараат начини како да се справат со тие предизвици. Заради ваквата поставеност на улогите на родителите, мајките почесто одат со своите деца на третман во институциите за разлика од татковците. Ова придонесува мајките да бидат тие кои ќе го разработуваат проблемот во семејството на начин на кој ќе се обидат да ги вклучат останатите членови. Како резултат на сето ова се претпоставува дека користат многу повеќе компензаторни механизми од татковците, односно во нашиот случај мајките во поголема мера користат стратегии за справување со стрес од татковците.

Оправданоста на оваа констатција се гледа преку студијата на Dale и соработниците која опфаќа мајки и татковци на деца со аутизам во текот на поставувањето на дијагнозата. За време на дијагностицирањето најчестите чувства кои се јавиле кај родителите биле лутина, стрес, шок и вина. Мајките покажале повеќе вакви негативни чувства и депресија за разлика од татковците (110).

Истражувањата направени на ова поле покажуваат дека колку повеќе стратегии за справување со стрес се користат толку полесно се справува со попречноста, односно, користењето на повеќе стратегии се од поголема помош (111).

Во една студија која опфаќа 129 родители на деца со аутизам на кои им е потребна посебна нега, ја истражува врската помеѓу користените стратегии за справување со стрес, депресијата на родителите и состојбата на детето. Истражувачите наоѓаат дека мајките и татковците еднакво ја користат стратегијата (ASS) и (R). Во нашиот случај, стратегиите (ASS) и (SSS) ги користат еднакво, додека стратегијата (PA) татковците повеќе ја користат од мајките (1).

При тестирање на *хипотезата 4* се испитуваше тврдењето дека во семејства во кои нема дете со аутизам мајките и татковците во иста мера користат стратегии за справување со стресот.

- а) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата добивање социјална поддршка (Acquiring social support-ASS) се покажа дека овие две групи испитаници не се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија. Ова значи дека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (ASS) за да се справат со стресот.
- б) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата реструктуирање на проблемот (Reframing-R), се покажа дека овие две групи испитаници не се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија. Ова значи дека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (R) за да се справат со стресот.
- в) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата барање духовна поддршка (Seeking spiritual support-SSS) се покажа дека овие две групи испитаници не се разликуваат во однос на

користењето на оваа стратегија. Ова значи дека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (SSS) за да се справат со стресот.

- г) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата мобилизирање на семејството (Mobilizing family-MF), се покажа дека овие две групи испитаници не се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија. Ова значи дека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (MF) за да се справат со стресот.
- д) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во користењето на стратегијата пасивна оценка (Passive appraisal-PA), се покажа дека овие две групи испитаници се разликуваат во однос на користењето на оваа стратегија, но во насока спротивна од очекуваната. Ова значи дека татковците во поголема мера ја користат стратегијата (PA) од мајките за да се справат со стресот.
- ѓ) Во однос на споредбата помеѓу мајките и татковците во вкупното користење на стратегии за справување со стрес се покажа дека овие две групи испитаници не се разликуваат во однос на вкупното користење на стратегии за справување со стрес. Ова значи дека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на мерата во вкупното користење стратегии за справување со стресот.

Хипотезата дека дека во семејствата во кои нема дете со аутизам мајките и татковците во иста мера користат стратегии за справување со стресот во најголема мера се потврдува. Имено, се покажа дека единствено татковците во поголема мера ја користат стратегијата (PA), додека не постои разлика во однос на тоа во колкава мајките и татковците ги користат останатите стратегии во семејствата во кои нема дете со аутизам.

Наодите на претходната хипотеза со наодите на оваа хипотеза се разликуваат, односно во оваа хипотеза мајките и татковците речиси во иста мера ги користат стратегиите за да се справат со стресот. Оправданоста на ова се поврзува со претпоставката дека во семејствата во кои нема дете со аутизам и двајцата родители имаат приближно еднаков ангажман околу децата. Тргувајќи од оваа констатација тогаш родителите приближно во иста мера би користеле стратегии за справување со стрес.

При тестирање на *хипотезата 5* се испитуваше тврдењето дека во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе користат социјална поддршка за справување со стресот од татковците.

- а) При споредба помеѓу мајките и татковците во однос на користењето поддршка од пријателите се покажа дека се разликуваат во насока на очекуваната разлика. Ова значи дека мајките во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од татковците во семејства во кои има дете со аутизам.
- б) При споредбата помеѓу мајките и татковците во однос на користењето поддршка од семејството се покажа дека не се разликуваат во однос на тоа во колкава мера користат поддршка од семејството.
- в) При споредбата помеѓу мајките и татковците во однос на вкупното користење на социјалната поддршка се покажа дека се разликуваат, односно мајките во поголема мера користат вкупна социјална поддршка за разлика од татковците во семејства каде има дете со аутизам.

Хипотезата дека во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе користат социјална поддршка за справување со стресот од татковците, во најголема мера се потврдува. При тестирањето на хипотезата се покажа дека во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во значајно поголема мера користат поддршка од пријателите и вкупна социјална поддршка, додека не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на користење на поддршка од семејството при справување со стрес.

Мајките на деца со аутистичен спектар на нарушување посветуваат повеќе време за своите деца. Мајките кои примаат поголемо ниво на формална и неформална социјална поддршка имаат пониски нивоа на депресија и анксиозност (90).

Во нашиот случај татковците и мајките подеднакво ја користат поддршката од семејството, а во истражувањето на Herman Thompson оваа поддршка ја потенцираат како најважна, односно дека неформалната поддршка која ја добиваат мајките од сопрузите и обратно е најпознатата стратегија воопшто (112).

Altieri пак, во своето истражување добива слични резултати како во нашето истражување, во однос на тоа дека мајките примаат и користат повеќе поддршка од пријателите за разлика од татковците. Во однос на користењето на поддршката од семејството, резултатите на овие две истражувања се разликуваат.

Мајките се поподложни на стрес заради постојаната грижа, па затоа мајките покажуваат поголеми потреби од татковците, односно:

- им треба повеќе време за себе;
- сакаат да воспоставуваат контакт со други семејства;
- бараат поддршка и помош од пријателите (113).

При тестирање на *хипотезата 6* се испитуваше тврдењето дека во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе го проценат семејството како кохезивно и адаптивно од татковците.

- а) Споредбата помеѓу мајките и татковците во однос на перцепираната кохезија покажа дека тие се разликуваат, односно мајките во поголема мера го перципираат семејството како кохезивно.
- б) При споредбата помеѓу мајките и татковците во однос на посакуваната кохезија се покажа дека тие се разликуваат. Ова значи дека посакуваната семејна кохезивност е на многу повисоко ниво кај мајките отколку кај татковците.

- в) При споредба помеѓу мајките и татковците во однос на перципираната адаптација се покажа дека не се разликуваат.
- г) При споредбата помеѓу мајките и татковците во однос на посакуваната адаптација се покажа дека се разликуваат, односно дека посакуваната семејна адаптивност е на многу повисоко ниво кај мајките отколку кај татковците.

Хипотезата дека во семејствата во кои има дете со аутизам, мајките во поголема мера ќе го проценат семејството како кохезивно и адаптивно од татковците, во најголема мера се потврдува. Имено, се покажа дека мајките во поголема мера го процениле семејството како кохезивно и кај нив нивото на посакувана кохезија и адаптација било повисоко, додека мајките и татковците не се разликуваат по однос на перципираната семејна адаптација.

Резултатите од претходните хипотези може да се поврзат со добиените резултати од оваа хипотеза. Како што веќе беше кажано, мајките се тие кои најголем дел од своето време го поминуваат со децата. Заради тоа се претпоставува дека тие имаат подобар впечаток за нивото на кохезија, односно за емоционалните врски на членовите во едно семејство како и за нивото на адаптација на семејството, односно способноста на семејството да се соочи со проблем.

Интересно е да се напомене истражувањето на Altieri кој наоѓа дека нема разлика во оценувањето на перцепираната и посакуваната кохезија и адаптација на своето семејство каде има дете со аутизам (114).

Имајќи предвид дека мајките се креатори на семејното опкружување како што вели Krauss, тогаш се очекува од нив да го оценат своето семејство како кохезивно и адаптивно. Тој во една своја студија, која опфаќа родители на деца пречки во развојот наоѓа дека постојат разлики во однос на рангирањето на семејството како кохезивно и адаптивно меѓу мајките и татковците. (115).

При тестирање на *хипотезата 7* се испитуваше тврдењето дека во семејствата во кои има дете со аутизам во поголема мера се користи социјална поддршка отколку во семејствата во кои нема дете со аутизам.

- а) При споредбата помеѓу семејствата во однос користењето на поддршката од пријателите се покажа дека се разликуваат, но во насока спротивна од очекуваната, односно семејствата во кои нема дете со аутизам во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од семејствата во кои има дете со аутизам.
- б) При споредбата помеѓу семејствата во однос на користењето поддршка од семејството се покажа дека не се разликуваат.
- в) При споредбата помеѓу семејствата во однос на вкупното користење на социјалната поддршка се покажа дека не се разликуваат.

Хипотезата дека во семејствата во кои има дете со аутизам во поголема мера се користи социјална поддршка отколку во семејствата во кои нема дете со аутизам не се потврдува. При тестирањето на хипотезата се покажа дека во семејствата во кои има дете и во семејствата во кои нема дете со аутизам нема разлика во однос на тоа во колкава мера се користи поддршката од семејството и вкупната социјална поддршка, додека во семејствата каде нема дете со аутизам во поголема мера се користи поддршка од пријателите.

Семејствата кои имаат дете со аутизам и деца со други попречености во периодот кога се запознаваат со проблемот се соочуваат со шок, неверување, страв од неизвеснот итн. Најчесто родителите се изолираат од средината како начин за избегнување и „криење“ на проблемот од останантите или пак заради тоа што не сакаат да бидат предмет на сожалување. Поради ова се претпоставува дека овие семејства во помала мера ја користат социјалната поддршка, што е во согласност со добиените резултати на оваа хипотеза.

Голем е бројот на истражувањата за психолошката добросостојба на родителите на деца со аутистичен спектар на нарушување кои се обидуваат да ги утврдат причините за стрес. Извештаите од овие истражувања укажуваат на тоа дека родителите на овие деца имаат поголеми нивоа на стрес за разлика од родителите кои немаат дете со аутизам, па и од родители кои имаат деца со други попречености (116).

Истражувањето на Plumb наоѓа поврзаност на грижата, самоефикасноста, намалување на вознемиреноста со примената социјална поддршка (117).

Едно поново истражување пак, Enas and Smith наоѓа дека социјалната поддршка може да послужи за да се подобри семејното функционирање (118)

При тестирање на *хипотеза 8* се испитуваше тврдењето дека во семејствата во кои нема дете со аутизам има поголем број на балансирани семејства отколку во семејствата каде има дете со аутизам. При тоа се покажа дека не постои разлика, односно бројот на балансирани семејства во семејствата во кои нема дете со аутизам и бројот на балансирани семејства во семејствата во кои има дете со аутизам не се разликуваат значајно.

Хипотезата дека во семејствата во кои нема дете со аутизам има поголем број на балансирани семејства отколку во семејствата во кои има дете со аутизам, не се потврдува.

Едно романско истражување чија цел е дијагностицирање и определување на семејствата од општата популација според FACES III покажува дека најголем дел од испитуваните семејства се балансирани. Во истражувањето, примерокот е земен од општата популација по случаен избор.

V. ЗАКЛУЧОЦИ

Посиојатй разлики во семејнојо функционирање, користиенейо на социјалнаа поддршка и во користиенейо на некои од сирайејинийе за сиравување со сиресот помеѓу родителитй во семејставаа каде има дейе со аутизам и семејставаа каде нема дейе со аутизам. Поединечнитй заклучоци за секоја од испразуванитй хипотези се однесуваат на тоа дека:

- ▶ Небалансираните семејства во кои има дете со аутизам во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од балансираните семејства.
- ▶ Балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам не се разликуваат во однос на тоа во колкава мера користат поддршка од семејството.
- ▶ Балансираните и небалансираните семејства во кои има дете со аутизам не се разликуваат во однос на вкупното користење социјална поддршка.
- ▶ Небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од балансираните семејства.
- ▶ Балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам не се разликуваат во однос на тоа во колкава мера користат поддршка од семејството.
- ▶ Балансираните и небалансираните семејства во кои нема дете со аутизам не се разликуваат во однос на вкупното користење социјална поддршка.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (ASS) за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера ја користат стратегијата (R) од татковците за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (SSS) за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера ја користат стратегијата (MF) од татковците за да се справат со стресот.

- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам татковците во поголема мера ја користат стратегијата (РА) од мајките за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките вкупно во поголема мера ги користат стратегиите за справување со стрес од татковците.
- ▶ Во семејствата во кои нема дете со аутизам не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (ASS) за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои нема дете со аутизам не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (R) за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои нема дете со аутизам не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (SSS) за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои нема дете со аутизам не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на тоа во колкава мера ја користат стратегијата (MF) за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои нема дете со аутизам татковците во поголема мера ја користат стратегијата (РА) од мајките за да се справат со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои нема дете со аутизам не постои разлика помеѓу мајките и татковците во однос на мерата во вкупното користење стратегии за справување со стресот.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од татковците .
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките и татковците не се разликуваат во однос на тоа во колкава мера користат поддршка од семејството.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера користат вкупна социјална поддршка за разлика од татковците.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките во поголема мера го перципираат семејството како кохезивно.

- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам посакуваната семејна кохезивност е на многу повисоко ниво кај мајките отколку кај татковците.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам мајките и татковците не се разликуваат во однос на перципираната адаптација.
- ▶ Во семејствата во кои има дете со аутизам посакуваната семејна адаптивност е на многу повисоко ниво кај мајките отколку кај татковците.
- ▶ Семејствата во кои нема дете со аутизам во поголема мера користат поддршка од пријателите за разлика од семејствата во кои има дете со аутизам.
- ▶ Семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам во однос на користењето поддршка од семејството не се разликуваат.
- ▶ Семејствата во кои има дете со аутизам и семејствата во кои нема дете со аутизам во однос на вкупното користење на социјалната поддршка не се разликуваат.
- ▶ Бројот на балансирани семејства во семејствата во кои нема дете со аутизам и бројот на балансирани семејства во семејства во кои има дете со аутизам не се разликува значајно.

VI. ПРЕДЛОЗИ

По изготвената анализа на резултатите и донесување на соодветни заклучоци за истражувањето, се даваат следниве предлози кои одајат во прилог на целиот предмет на истражување на овој магистерски труд. Предлозите се:

- ✿ Да постои соодветен и утврден систем за рана интервенција со цел што порано и побрзо вклучување на родителите во целиот тој процес.
- ✿ Да постои соодветен и утврден систем за рана дијагностика кој ќе овозможи достапни ресурси и избегнување на долгите дијагностички процедури со цел рано соочување на родителите на децата со аутизам со проблемот.
- ✿ Да се формираат сервиси-даватели на услуги од страна на стручни лица кои ќе им пружаат стручна помош и поддршка на самите родители веднаш по добивањето на дијагнозата.
- ✿ Да се има воспоставено модел, како дел од системот за рана интервенција кој ќе вклучува изготвување на семеен план и програма кој ќе содржи конкретни задачи со цел препознавање на потребите и приоритетите на раниот детски развој. Ваквиот пристап ќе нуди заедничка вклученост на родителите и професионалците.
- ✿ Да се поттикне иницијатива за организирање на работилници, обуки, трибини со цел будење на јавната свест за проблемот на аутизмот со кој се среќаваат родителите и потребната поддршка која им е неопходна.
- ✿ Да постојат посебни сервиси-даватели на услуги од страна на стручни лица кои ќе нудат поддршка за тоа како родителите да се грижат и однесуваат со своите деца. Овие сервиси да вклучуваат и реализираат обуки за родителите и каков треба да биде нивниот пристап кон овие деца.
- ✿ Да се организираат форуми на родители кои може да бидат и од типот на интернет форумите кои ќе бидат насочени на размена на искуства меѓу нив како и овозможување на заедничко дружење со цел подобрување на социјалниот момент на сите семејства кои имаат дете со аутизам.

- ✿ Да се следи трендот на нови техники и методи во работата со деца со аутизам. За оваа цел потребно е перманентно професионално усовршување на стручните лица кои работат со овие деца преку обуки, а истовремено и самите родители индиректно да бидат вклучени во целиот тој процес.
- ✿ Да се одржуваат работилници со цел градење на капацитетите и развивање на вештините на родителите со цел секојдневно да се поддржува и правилно да се насочи развојот на нивните деца.
- ✿ Да постојат сервиси кои ќе нудат поддршка на родители во чии семејства постојат нарушени семејни односи, како и на самохрани родители кои имаат дете со аутизам.
- ✿ Да постојат невладини организации кои ќе работат на подигање на свеста во здравствените установи, училиштата, медиумите со цел да се намали стигмата за аутизмот, а родителите на децата со аутизам да не се чувствуваат дека се сами и затворени со својот проблем.
- ✿ Одржување на јавни трибини и вклучување на надлежните министерства, во изготвување процедури и правилници каде точно и конкретно ќе бидат определени правата на родителите со аутизам.
- ✿ Одржување јавни трибини кои ќе делуваат на полето на здравството со цел поткревање на иницијатива за бесплатен биомедицински третман кој им е неопходен на овие деца.

VII. ЛИТЕРАТУРА

1. Dunn ME, Burbine T, Bowers CA, Tantleff-Dunn S. Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal* 2001; 37:39-52.
2. Rice CE, Baio J, Van Naarden Braun K, Doernberg N, Meaney F J, Kirby RS. A public health collaboration for the surveillance of autism spectrum disorders. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 2007; 21:179-90.
3. Kogan MD, Blumberg SJ, Schieve LA, et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the U.S. *Pediatrics* 2009; 124:1395-403.
4. Baron-Cohen S, Allen J, & Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161:839-843.
5. Bibby P, Eikeseth S, Martin NT, Mudford OC, & Reeves D. Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities* 2001; 22: 425-447.
6. Schall C. Family perspectives on raising a child with autism. *Journal of Child and Family Studies* 2000; 9: 409-423
7. Fombonne E. The prevalence of autism. *Journal of the American Medical Association* 2003; 289: 87-89.
8. Gray DE. Lay conceptions of autism, Parents' explanatory models. *Medical Anthropology* 1995;16: 99-118
9. Mackowiak M. A etiology of autism, Focus on the biological perspective. *Early Child Development and Care* 2000; 160: 77-84.
10. Moes D, Koegel R, Schreibman L, Loos L. Stress profiles for mothers and fathers of children with autism. *Psychological Reports* 1992; 71: 1272-1274.
11. Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *Child Psychol Psychiatry* 2004; 45:135-170
12. Robbins DI, Fein D, Barton MI, Green JA. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2001; 31(2): 149-151.
13. Filipek PA, Volkmar R, Paul A, Klin A. & Cohen D. Medical aspects of autism. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* 2005; 3(1): 534-581
14. Akshoomoff N, Pierce K, Courchesne E. The neurobiological basis of autism from a developmental perspective. *Development and Psychopathology* 2002; 14: 613-634.
15. American Psychiatric Association 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text rev.). Washington, DC: Author.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013
17. Volkmar FR, Koenig K, State M. Childhood disintegrative disorder. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder*. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2005:70-78.
18. Трајковски В. Аутизам. Филозофски факултет: Институт за дефектологија; 2004.
19. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
20. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: Author.

21. Tonge BJ. Autism, autistic spectrum and the need for a better definition. *The Medical Journal of Australia* 2002; 176(9):412–413.
22. Трајковски В. Медицински основи на инвалидноста. Филозофски факултет: Институт за дефектологија; 2008
23. Трајковски В. Аутизам и Первазивни развојни нарушувања. Филозофски факултет: Институт за дефектологија; 2011
24. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord* 2003; 33(4):365–382.
25. Yeargin-Allsopp M, Rice C, Karapurkar T, Doernberg N, Boyle C, Murphy C. Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA* 2003; 289(1):49–55.
26. Blumberg SJ, Luke JV. Wireless substitution: Early release of estimates from the National Health Interview Survey, January–June 2012. National Center for Health Statistics. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>. [accessed on 12 December 2012]
27. Schieve LA, Rice C, Yeargin-Allsopp M, Boyle CA, Kogan MD, Drews C, Devine O. Parent-reported prevalence of autism spectrum disorders in US-born children: An assessment of changes within birth cohorts from the 2003 to the 2007. *National Survey of Children's Health. Matern Child Health* 2012; 16:151.
28. Matsuzaki H, Iwata K, Manabe T, Mori N. Triggers for Autism: Genetic and Environmental Factors. *Journal of Central Nervous System Disease* 2012; 4 27–36.
29. Abrahams BS, Geschwind DH. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nat Rev Gene* 2008; 9(5):341–55.
30. Folstein SE, Rosen-Sheidley B. Genetics of autism: complex etiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet* 2001; 2(12):943–55.
31. Abrahams BS, Geschwind DH. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nat Rev Genet*. 2008;9(5):341–55.
32. Glessner JT, Wang K, Cai G, et al. Autism genome-wide copy number variation reveals ubiquitin and neuronal genes. *Nature*. 2009;459(7246):569–73.
33. Ylisaukko-oja T, Alarcon M, Cantor RM, et al. Search for autism loci by combined analysis of Autism Genetic Resource Exchange and Finnish families. *Ann Neurol* 2006; 59(1):145–55.
34. Johnson KP, Giannotti F, Cortesi F. Sleep patterns in autism spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2009;18(4):917–28.
35. Volkmar FR. Medical Problems, Treatments, and Professionals in Powers MD. *Children with Autism: A Parent's Guide*, Second Edition, Bethesda: Woodbine House, 2000.
36. Zafeiriou DI, Ververi A, Vargiami E. Childhood autism and associated comorbidities. *Brain and Development* 2007;29(5):257–72.
37. Landa RJ, Holman KC, Garrett-Mayer E. Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64(7):853–64.
38. Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007;120 (5):1183–215.
39. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47(8):921–9.
40. Myers SM, Johnson CP. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007;120 (5):1162–82.

41. Couper JJ, Sampson AJ. Children with autism deserve evidence-based intervention. *Medical Journal of Australia* 2003; 178(9):424–5.
42. Johnson CP. Early Clinical Characteristics of Children with Autism. *Autistic Spectrum Disorders in Children*. Marcel Dekker New York Inc. 2004:85-123.
43. Pellicano E. Testing the predictive power of cognitive atypicalities in autistic children: evidence from a 3-year follow-up study. *Autism Research*, 2013; 6:258–267.
44. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2000.
45. Baird G, Cass H, Slonims V. Diagnosis of autism. *BMJ* 2003; 327(7413):488-93.
46. Moore K, McConkey R, Sines D, Cassidy A. Improving diagnostic and assessment services for children with autistic spectrum disorders. *Early Child Dev Care* 1999;154:1-11.
47. Panerai S, Zingale M, Trubia G, Finocchiaro M, Zuccarello R, Ferri R, & Elia M. Special education versus inclusive education: the role of the TEACCH program. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2009; 39:874-882.
48. Simpson R, Jennifer B. Ganz Emily M. Lund. *The Picture Exchange Communication System (PECS): A Promising Method for Improving Communication Skills of Learners with Autism Spectrum Disorders Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, Texas A&M University Department of Educational Psychology 2012; 47(2): 176–186
49. Granpeesheh D, Tarbox J, Dixon D. Applied behavior analytic interventions for children with autism: A description and review of treatment research. *Annals of Clinical Psychiatry* 2009 ;21(3):162-173
50. Howard JS, Sparkman CR, Cohen HG, Stanislaw H. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities* 2005; 26:359–383.
51. Billstedt E, Gillberg C. Autism after adolescence: population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *J Autism Dev Disord* 2005; 35(3):351-60.
52. Heuveline P, Timberlake JM. The role of cohabitation in family formation: The United States in comparative perspective. *Journal of Marriage and Family* 2004; 66:1214-1230.
53. Rothausen TJ. 'Family' in organizational research: a review and comparison of definitions and measures. *Journal of Organizational Behavior* 1999; 20:817–836.
54. McDaniel SH, Pisani A. "Interpersonal Relationships". *Clinical Guide to the WHO International Classification of Functioning, Disability*. American Psychological Association Publications 2005. 569:590
55. Thomson E, McLanahan SS, Curtin RB. Family Structure, Gender, and Parental Socialization. *Journal of Marriage and the Family* 1992; 54(2): 368-378.
56. Goulbourne, H. *Transnational Families: Ethnicities, Identities and Social Capital*. London: Routledge, 2010.
57. Symon JB. Parent education for autism: Issues in providing services at a distance. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2001; 3:160-174.
58. Lessenberry BM, Rehfeldt, RA. Evaluating stress levels of parents of children with disabilities. *Exceptional children* 2004; 70(2):231-244.
59. Dunn ME, Burbine T, Bowers CA, Tantleff-Dunn S. 'Moderators of stress in parents of children with autism'. *Community Mental Health Journal* 2004; 37:39–52.

60. Singer GHS, Powers LE. Families, disability, and empowerment. Baltimore: Brookes; . 1993.
61. Tunali B, Power T. Coping by redefinition: cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2002; 32(1): 25-34
62. Sloper P, Turner S. Risk and resistance factors in the adaptation of children with severe physical disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34:167-188.
63. Sander JL, Morgan SB. Family stress and Adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy* 1997; 19: 15-32.
64. Gray DE. Perceptions of stigma: The parents of autistic children. *Sociology of Health and Illness* 1993; 15: 102-120.
65. Hastings RP, Johnson E. Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2001; 31: 327-336.
66. Coplan J, Souders M, Mulberg A, et al. Children with autistic spectrum disorders. II. Parents are unable to distinguish secretin from placebo under double-blind conditions. *Arch Dis Child* 2003; 88:737-739
67. Dunn ME, Burbine T, Bowers CA, Tantleff-Dunn S. Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal* 2001; 37 (1): 39-52.
68. Kogan MD, Strickland BB, Blumberg SJ, Singh GK, Perrin JM, Van Dyck PC. A national profile of the health care experiences and family impact of autism spectrum disorder among children in the United States. *Journal of the American Academy of Pediatrics* 2008; 122 (6):1148-1159
69. Greenberg JS, Seltzer MM, Hong J, Orsmond GI. Bidirectional effects of expressed emotion and behavior problems and symptoms in adolescents and adults with autism. *American Journal of Mental Retardation* 2006; 111(4):229-249.
70. Glazzard J, Overall K. Living with autistic spectrum disorder: parental experiences of raising a child with autistic spectrum disorder (ASD). *British journal of learning support, support for learning* 2010; 27 (1): 39-45.
71. Olson DH. *FACES IV manual*. University of Minnesota and life innovation, Minneapolis, 2008.
72. Kogan MD, Strickland BB, Blumberg SJ, Singh GK, Perrin JM, Dyck PC. A. National profile of the health care experiences and family impact of autism spectrum disorder among children in the United States. *Journal of the American Academy of Pediatrics* 2008; 122 (6):1148-1159.
73. Deimling G, Smerglia V, Schaefer M. The Impact of Family Environment and Decision-Making Satisfaction on Caregiver Depression, *Journal of Aging and Health*, Sage Publications, Inc 2001; 13(1):47-71.
74. McCubbin H, Larson A, Olson D. F-COPES Family Crisis Oriented Personal Scales. In H. McCubbin & A. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice*. Madison, WI: University of Wisconsin, Madison; 1987.
75. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1974.
76. Beckman P. Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal of Mental Retardation* 1991; 95: 585-595.

77. Gray DE. Coping with autism, Stresses and strategies. *Sociology of Health & Illness* 1994;16: 275-300
78. Gray DE. Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2002; 27: 215-222.
79. Houser R, Seligman MA comparison of stress and coping by fathers of adolescents with mental retardation and fathers of adolescents without mental retardation. *Research in Developmental Disabilities* 1991; 12: 251-260.
80. Keenan M, Dillenburger K, Doherty A, Bryne T, Gallagher S. The experience of parents during diagnosis and forward planning for children with autism spectrum 55 disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2010; 23:390-397.
81. Penzo JA, Harvey P. Understanding parental grief as a response to mental illness: Implications for practice. *Journal of Family Social Work* 2008; 11(3): 323-338.
82. Meadan H, Halle JW, Ebata AT. Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional Children* 2010; 77(1):7-36.
83. Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism* 2009, 9:125-137.
84. Luther EH, Canham, DL, Cureton VY. Coping and social support for parents of children with autism. *The Journal of School Nursing* 2005; 21:40-47.
85. Mancil GR, Boyd BA, Bederssem P. Parental stress and autism: are there useful coping strategies? *Education and Training in Developmental Disabilities* 2009; 44(4):523-537.
86. Lyons AM, Leon SC, Phelps C.E, Dunleavy AM. The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies* 2010; 19:516-524.
87. Dunn ME, Burbine T, Bowers CA, Tantleff-Dunn S. Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal* 2001; 37:39-52.
88. Lee L, Harrington RA, Louie BB, Newhoffer CJ. Children with autism: Quality of life and parental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2008; 38:1147-1160.
89. Hassall R, Rose J. Parental cognitions and adaptation to the demands of caring for a child with an intellectual disability: a review of the literature and implications for clinical interventions. *Behaviour Cogn Psychother* 2005; 33:71-88.
90. Gray D. Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2002; 27(3):215-222
91. Marshak LE, Seligman M. Counseling persons with disabilities, Theoretical and clinical perspectives. Austin, TX: Pro-Ed; 1993.
92. Patterson JM. A family systems perspective for working with youth with disability. *Pediatrician* 1991; 18: 129-141.
93. Sharpley CF, Bitsika V, Efremidis B. Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 1997; 22: 19-28.
94. Green J, Charman T, McChonachie H, et al. Parent mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 19 (3795): 2152-2160.
95. Hall HR, Graff, JC. The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing* 2011; 34(1): 4-25.

96. Montes G, Halterman JS. Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: a population-based study. *Pediatrics* 2007; 119(5): 1040-1046.
97. Siman-Tov A, Kaniel S. Stress and personal resource as predictors of the adjustment of parents to autistic children: A multivariate model. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2011; 41(7): 879-890.
98. Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. 2005 May. Autism. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. (09.05.2005) Available from URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15857858> [accessed on 28.April 2011]
99. Gray DE, Holden W. Psycho-social well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities* 1992;18: 83-93.
100. Pakenham KI, Samios C, Sofronoff K. Adjustment in mothers of children with Asperger Syndrome: An application of the double ABCX model of family adjustment. *Autism* 2005; 9:119-212.
101. Rivers JW, Stoneman Z. Sibling relationships when a child has autism. In *Marital stress and support coping*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2003; 33: 383-394.
102. Lounds J, Seltzer MM, Greenberg JS, Shattuck P. Transition and change in adolescents and young adults with autism: Longitudinal effects on maternal well-being. *American Journal on Mental Retardation* 2007; 112: 401-417.
103. Seltzer MM, Greenberg JS, Hong J, Smith LE, Almeida DM, Coe C, et al. Maternal cortisol levels and child behavior problems in families of adolescents and adults with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 40, 457-469.
104. Ekas NV, Lickenbrock DM, Whitman TL. Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 40:1274-1284.
105. August KJ, Sorkin DH. Marital status and gender differences in managing a chronic illness: The function of health-related social control. *Social Science and Medicine* 2010; 71:1831-1838.
106. Gill MJ, Harris SL. Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1991; 21: 407-416
107. Shira Katz. 2002. When the Child's Illness Is Life Threatening: Impact on the Parents. (01.01.2002). Available from URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/444200> [accessed on 28.April 2011].
108. Pottie C, Ingram K. Daily stress. Coping and well-being in parents of children with autism: A multilevel Modeling Approach. *Journal of family psychology* 2008; 22 (6): 855-864.
109. Siklos S, Kerns KA. Assessing need for social supports in parents of children with autism and Down syndrome. *Journal of Autism and Dev. Disorders* 2006; 36(7):921-933.
110. Dale E, Jahoda A, Knot F. Mothers attributions following their child's diagnosis of ASD: exploring links with maternal levels stress, depression and expectations about their child's future 2006; 10(5) 463-79.
111. Greenbers J, Seltzer M, Hwa-ha J. Parenting a child with disabilities. The role of social support for African-American parents, *Parents in society* 2012; 92 (4):405-411.
112. Herman S, Thompson I. Families' perception of their resources for caring for children with developmental disabilities. *Mental retardation* 1995; 33:73-83

113. Bailey D et al. Needs and supports reported by Latino families of young children with developmental disabilities. *American Journal of Mental retardation* 1999; 104:437-451
114. Altieri MJ, Kluge S. Family functioning and coping behaviors in parents of children with autism. *Journal of Child and Family Studies* 2009; 18:83-92.
115. Krauss MW. Child related and parenting stress: similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. *American Journal of Mental Retardation* 1993; 97:393-404.
116. Hartley S, Seltzer M, Hedd L. Psychological well-being in fathers of adolescents and young adults with Down Syndrome, Fragile X syndrome and autism, *Journal of Family Psychology* 2012; 61: 327-342.
117. Plumb J. The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an ASD. Doctorate in Social work, University of Pennsylvania, 2011.
118. Smith E, Maenner M, Seltzer M. Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults eit ASD. *Journal of Autism and Developmental disorders* 2012; 42: 1818-1826.
119. Cornelia R. "Psychology and the realities of the contemporary world". *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology* 2013; 4:18-20.

VIII. ПРИЛОЗИ

Прилог 1

Скала за процена на адаптација и кохезија во семејство- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)

При одговор на прашањата користете ја следнава скала:

1. речиси никогаш
2. ретко
3. понекогаш
4. често
5. речиси секогаш

Опиши го твоето семејство

- ☐ Членовите во семејството бараат помош еден од друг
- ☐ Во решавањето на проблемите се слушаат и сугестиите од децата
- ☐ Се одобруваат пријателите на сите членови во семејството
- ☐ Децата имаат удел во својата дисциплина
- ☐ Сакаме да правиме работи само во нашето поблиско семејство
- ☐ Различни лица делуваат како лидери во нашето семејство
- ☐ Членовите во семејството се чувствуваат поблиски со членовите од семејството отколку со членови кои не се од семејството
- ☐ Во нашето семејство има поделба на задачите
- ☐ Членовите од семејството сакаат слободното време да го поминат заедно
- ☐ Родителите заедно со децата го дискутираат казнувањето
- ☐ Членовите на семејството чувствуваат блискост едни кон други
- ☐ Децата донесуваат одлуки во семејството
- ☐ Кога се прават заеднички активности во семејството, сите членови се присутни
- ☐ Според потребите правилата се менуваат во семејството
- ☐ Лесно ги правиме работите заеднички како семејство
- ☐ Според потребите се менуваат одговорностите на секој член во семејството
- ☐ Членовите од семејството се консултираат еден со друг при донесување на некаква одлука
- ☐ Тешко е да се идентификува лидерот во нашето семејство
- ☐ Семејното заедништво е многу важно
- ☐ Тешко е да се каже кој кое задолжение од домашните работи прави

ИДЕАЛНО, КАКО БИ САКАЛЕ ДА БИДЕ ВАШЕТО СЕМЕЈСТВО

- ☐ Членовите од семејството да бараат помош еден од друг
- ☐ Во решавањето на проблемите да се слушаат и сугестиите од децата
- ☐ Да се одобруваат пријателите на сите членови во семејството
- ☐ Децата да имаат удел во својата дисциплина
- ☐ Да сакаме да правиме работи само во нашето поблиско семејство
- ☐ Различни лица да делуваат како лидери во нашето семејство

- _____ Членовите во семејството да се чувствуваат поблиски со членовите од семејството отколку со членови кои не се од семејството
- _____ Нашето семејство да прави промени со поделба на задачите во семејството
- _____ Членовите од семејството да сакаат слободното време да го поминат заедно
- _____ Родителите заедно со децата да го дискутираат казнувањето
- _____ Членовите од семејството да се чувствуваат блиски еден за друг
- _____ Децата кога може да донесуваат одлуки во семејството
- _____ Кога се прават заеднички активности во семејството, сите членови би можело да бидат присутни
- _____ Правилата да се менуваат во семејството
- _____ Лесно да можеме да размислуваме за работите што ги правиме заедно како семејство
- _____ Да се менуваат одговорностите на секој член во семејството
- _____ Членовите од семејството да се консултираат еден со друг при донесување на некаква одлука
- _____ Да се идентификува лидерот во нашето семејство
- _____ Семејното заедништво да е многу важно
- _____ Би можело да се каже кој кое задолжение од домашните работи да прави

Прилог 2

Скала ориентирана за лична проценка на кризите во семејството-Family crisis oriented personal evaluation scale -F-COPES

Насоки:

Прво, прочитајте ги одговорите еднаш.

Второ, одлучете кој одговор го опишува вашиот став и однесување во решавањето на проблемите.

Користете ги овие пет точки од скалата:

1 - потполно не се согласувам

2 - умерено не се согласувам

3 - ниту се согласувам ниту не се согласувам

4 - умерено се согласувам

5 - потполно се согласувам

**КОГА СЕ СООЧУВАМЕ СО ПРОБЛЕМИ И КРИЗИ ВО СЕМЕЈСТВОТО
ОДГОВАРАМЕ СО:**

Споделување на нашите потешкотии со роднините	1	2	3	4	5
Бараме одобрување и поддршка од пријателите	1	2	3	4	5
Знаеме дека имаме моќ да ги решиме големите проблеми	1	2	3	4	5
Бараме совети и информации од други лица од семејства кои се соочиле со сличен проблем	1	2	3	4	5
Бараме совети од роднини	1	2	3	4	5
Бараме совети од заедницата, агенциите кои се формирани да им помогнат на семејствата за одредена ситуација или проблем	1	2	3	4	5
Знаеме дека имаме сила во нашето семејство да ги решиме проблемите	1	2	3	4	5
Добиваме подароци и услуги од соседите (пр: храна, носење пошта)	1	2	3	4	5

Бараме совети и информации од нашиот семеен лекар	1	2	3	4	5
Бараме услуги и помош од соседите	1	2	3	4	5
Се соочуваме со проблемот и се обидуваме да дојдеме веднаш до решение	1	2	3	4	5
Гледаме телевизија	1	2	3	4	5
Покажуваме дека сме силни	1	2	3	4	5
Присуствуваме на богослужби	1	2	3	4	5
Прифаќање на стресни ситуации како дел од животот	1	2	3	4	5
Споделување на проблемите со блиските пријатели	1	2	3	4	5
Веруваме во среќа која игра голема улога во тоа како добро да се реши проблемот	1	2	3	4	5
Вежбаме со пријателите како да се намали тензијата	1	2	3	4	5
Прифаќаме дека проблемите се јавуваат одеднаш	1	2	3	4	5
Правење заеднички работи со роднините (пикник, вечера и сл.)	1	2	3	4	5
Бараме стручно советување и помош за семејните проблеми	1	2	3	4	5
Веруваме дека можеме да се справиме со семејните проблеми	1	2	3	4	5
Учествуваме во активности на црквата	1	2	3	4	5
Дефинирање на проблемите на позитивен начин, така што не влегуваме во решавањето	1	2	3	4	5

на проблемот обесхрабени

Барање мислење од роднините за проблемот со кој се соочуваме	1	2	3	4	5
Чувствуваме дека без разлика што правиме за да се подготвиме, ќе имаме проблеми во решавањето на проблемот	1	2	3	4	5
Бараме совет од надлежно министерство	1	2	3	4	5
Веруваме дека ако чекаме доволно долго проблемот ќе исчезне	1	2	3	4	5
Споделуваме проблеми со соседите	1	2	3	4	5
Имаме верба во Бога	1	2	3	4	5

Прилог 3**Согледување на социјалната поддршка од семејството-Perceived social support from family (PSS-Fa)**

Насоки: Тврдењата што следат се однесуваат на чувства и искуства кои се јавуваат кај повеќето луѓе, во односите со семејствата.

За секое прашање има три можни одговори: да, не, не знам. Ве молиме заокружете го одговорот за секој ајтем.

- | | | | |
|----|----|--------|---|
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 1. Моето семејство ми ја пружа моралната поддршка која ми треба |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 2. Добивам добри идеи од моето семејство за тоа како да ги направам некои работи |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 3. Повеќето луѓе што ги знам се поблиски со своето семејство отколку што сум јас со моето |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 4. Кога се доверувам на членови од семејството кои ми се поблиски мислам дека не се чувствуваат пријатно |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 5. Моето семејство сака да слуша што јас мислам за нешто |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 6. Членовите од моето семејство делат многу од моите интереси |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 7. Одреден дел од членовите на семејството доаѓаат кај мене кога имаат проблем или кога им треба совет |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 8. Јас се потпирам на семејството за емоционална поддршка |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 9. Постои еден член во семејството со кој би можел да се чувствувам забавно |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 10. Јас и моето семејство сме отворени тогаш кога размислуваме за работите |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 11. Моето семејство е ги препознава моите лични потреби |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 12. Членови од моето семејство доаѓаат кај мене за емоционална поддршка |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 13. Имам широко споделување со голем број пријатели |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 14. Членовите од моето семејство ми помагаат во решавање на проблеми |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 15. Членовите од моето семејство знаат заедно да учествуваат во некоја работа |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 16. Кога се доверувам на членови од семејството кои ми се поблиски, тоа ми прави да се чувствувам непријатно |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 17. Членовите од моето семејство ме бараат за дружење |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 18. Мислам дека моето семејство знае дека сум добар во помагање за решавањето на проблеми |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 19. Немам блиска врска со член од семејството кој ми е близок како блиските врски на другите луѓе со членовите од нивното семејство |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 20. Посакувам семејството да беше поразлично од она што е |

Прилог 4

Согледување на социјалната поддршка од пријателите-Perceived social support from friends (PSS-Fr)

Насоки: Тврдењата што следат се однесуваат на чувства и искуства кои се јавуваат кај повеќето луѓе, во односите со пријателите.

За секое прашање има три можни одговори: да, не, не знам. Ве молиме заокружете го одговорот за секој ајтем.

- | | | | |
|----|----|--------|---|
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 1. Моето семејство ми ја пружа моралната поддршка која ми треба |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 2. Добивам добри идеи од моето семејство за тоа како да ги направам некои работи |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 3. Повеќето луѓе што ги знам се поблиски со своето семејство отколку што сум јас |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 4. Кога се доверувам на членови од семејството кои ми се поблиски мислам дека не се чувствуваат пријатно |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 5. Моето семејство сака да слуша она што јас мислам за нешто |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 6. Членовите од моето семејство делат многу од моите интереси |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 7. Одреден дел од членовите на семејството доаѓаат кај мене кога имаат проблем или кога им треба совет |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 8. Јас се потпирам на семејството за емоционална поддршка |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 9. Постои еден член во семејството со кој би можел да се чувствувам забавно |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 10. Јас и моето семејство сме отворени тогаш кога размислуваме за работите |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 11. Моето семејство е осетливо на моите лични потреби |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 12. Членови од моето семејство доаѓаат кај мене за емоционална поддршка |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 13. Имам широко споделување со голем број на пријатели |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 14. Членовите од моето семејство ми помагаат во решавање на проблеми |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 15. Членовите од моето семејство имаат добра идеја за тоа како да ги направат работите |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 16. Кога се доверувам на членови од семејството кои ми се поблиски прави да се чувствувам непријатно |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 17. Членовите од моето семејство ме бараат за дружење |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 18. Мислам дека моето семејство знае дека сум добар во помагање на решавањето на проблеми |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 19. Немам врска со член од семејството кој ми е близок како врските на другите луѓе со членовите од семејството |
| ДА | НЕ | НЕЗНАМ | 20. Посакувам семејството да беше поразлично од она што е |