



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



**РАЗЛИКИ ВО ДЕПРЕСИВНОСТ, СОЦИЈАЛНА
ПОДДРШКА И ЛОКУС НА КОНТРОЛА МЕЃУ МАЈКИ НА
ДЕЦА СО И БЕЗ АУТИЗАМ И СО ДРУГИ РАЗВОЈНИ
НАРУШУВАЊА**

-магистерски труд-

Кандидат:

Андријана Михаиловска

Ментор:

Проф. д-р Владимир Трајковски

Април 2016

СКОПЈЕ

ОДБРАНА НА МАГИСТЕРСКИ ТРУД

**РАЗЛИКИ ВО ДЕПРЕСИВНОСТ, СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА И ЛОКУС НА
КОНТРОЛА МЕЃУ МАЈКИ НА ДЕЦА СО И БЕЗ АУТИЗАМ И СО ДРУГИ
РАЗВОЈНИ НАРУШУВАЊА**

Комисија за оцена на
магистерскиот труд:

Кандидат:
Андријана Михаиловска

1. Проф. д-р Владимир Трајковски

2.

3.

Датум:

*На моето семејство, за огромната поддршка.
Со Љубов...*

УПОТРЕБУВАНИ КРАТЕНКИ

АПА	=Американска психијатриска асоцијација
АСН	= аутистичен спектар на нарушувања
ДРН	= други развојни нарушувања
ТР	= типичен развој
ADHD	= нарушување со дефицит на внимание и хиперактивност
ABA	= применета бихејвиорална анализа
FSS	= скала за процена на поддршката во семејството (Family Support Scale)
CARS	= скала за утврдување на степенот на аутистично нарушување
CES-D	=скала за процена на депресивност
LOC	= скала за процена на локус на контрола
DSM	= дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања
ICD	=меѓународна класификација на болести
TEACCH	= третман и едукација на деца со аутизам и поврзаните нарушувања во комуникацијата
PECS	=комуникација со заменена на слики
WHO	= светска здравствена организација

СОДРЖИНА

РЕЗИМЕ.....	7
ABSTRACT.....	9
ВОВЕД.....	11
I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ.....	14
1. Аутистичен спектар на нарушувања (АСН).....	14
1.1. Историјат.....	14
1.2. Дефиниција и етиологија.....	15
1.3. Епидемиологија.....	19
1.4. Клиничка слика.....	20
1.5. Дијагноза.....	22
1.6. Третман.....	24
1.7. Исход и прогноза.....	26
1.8. Историја на АСН во Република Македонија.....	28
2. Семејства на деца со аутистичен спектар на нарушувања.....	30
2.1 Еколошки пристап на развојот.....	30
2.2. Социјална поддршка.....	32
2.3. Депресивност.....	37
2.4. Локус на контрола.....	39
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....	41
1. Предмет на истражувањето.....	41
2. Цел на истражувањето.....	41
3. Задачи на истражувањето.....	41
4. Хипотези на истражувањето.....	42
5. Варијабли на истражувањето.....	43
6. Методи, техники и инструменти на истражувањето.....	43
7. Популација и примерок.....	46
8. Статистичка обработка на податоците.....	46
9. Организација и тек на истражувањето.....	46
III. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ.....	48
1. Демографска анализа на испитуваните групи.....	48

1.1. Општи податоци за мајката.....	48
1.2. Податоци за детето.....	58
2. Дескриптивна анализа.....	61
2.1 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот CES-D за сите три групи на мајки.....	61
2.2 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот FSS за сите три групи на мајки.....	64
2.3 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот LOC за сите три групи на мајки.....	67
2.4 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот CARS за децата со АСН....	70
3. Тестирање на истражувачките хипотези.....	71
3.1 Хипотеза 1.....	71
3.2 Хипотеза 2.....	74
3.3 Хипотеза 3.....	77
3.4 Хипотеза 4.....	80
3.5 Хипотеза 5.....	82
3.6 Хипотеза 6.....	83
IV. ДИСКУСИЈА.....	84
V. ЗАКЛУЧОЦИ.....	97
VI. ПРЕДЛОЗИ.....	99
VII. ЛИТЕРАТУРА.....	102
VIII. ПРИЛОЗИ.....	113
Прилог 1.....	113
Прилог 2.....	114
Прилог 3.....	115
Прилог 4.....	116
Прилог 5.....	117

РЕЗИМЕ

Михаиловска, А. (2016). РАЗЛИКИ ВО ДЕПРЕСИВНОСТ, СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА И ЛОКУС НА КОНТРОЛА МЕЃУ МАЈКИ НА ДЕЦА СО И БЕЗ АУТИЗАМ И СО ДРУГИ РАЗВОЈНИ НАРУШУВАЊА. Магистерски труд. Скопје: Филозофски факултет.

Вовед: Бројот на лица со дијагностициран аутистичен спектар на нарушување се повеќе расте. За успешен третман и подобар исход кај овие лица потребна е и добра поддршка и благосостојба кај нивните родители. Истражувањата покажуваат дека социјалната поддршка има огромна улога во одредувањето на степенот на депресивност кај овие мајки. Секако локусот на контрола е лична особина која во голем степен може да го одредува степенот на депресивност. Истражувањата покажуваат потврдни податоци и за оваа варијабла. Исто така истражувањата покажуваат дека степенот на изразеност на аутистичната симптоматологија го зголемува степенот на депресивност кај мајките.

Цел: Целта на ова истражување е да се утврди степенот на депресивност, социјална поддршка и локус на контрола кај мајки на деца со аутистичен спектар на нарушување, мајки на деца со други развојни нарушувања и мајки на деца со типичен развој. Споредба и утврдување на разлики помеѓу мајките за овие варијабли и дали изразеноста на аутистичната симптоматологија прави разлика во степенот на депресивност кај мајките.

Методи: Во истражувањето беа замени три пригодни примероци на мајки на деца со аутистичен спектар на нарушување ($N=40$), мајки на деца со други развојни нарушувања ($N=40$), и мајки на деца со типичен развој ($N=40$). Податоците беа обработени во SPSS 21 и за анализа на собраните податоци беа користени t -тестот за значајност на разлики за големи и независни примероци и едноставна еднонасочна АНОВА (F-тест). За статистички значајна разлика беше земена $p<0,05$. Истражувањето на терен траеше од јуни 2015 до крајот на октомври 2015.

Резултати: Резултатите покажаа дека: мајките на деца со аутизам кои перцепираат поголема социјална поддршка не се разликуваат статистички значајно во степенот на депресивност од мајките кои перцепираат помала социјална поддршка ($t=-0,904$ $p=0,37$). Мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола имаат значајно понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен

локус на контрола ($t=-2,72$ $p=0,01$). Мајките на деца со аутизам со поизразена симптоматологија имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам со помалку изразена симптоматологија ($t=2,75$ $p=0,009$). Мајките на деца со аутизам имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со други развојни нарушувања и од мајките на деца со типичен развој ($F=4,52$ $p=0,013$). Односно *post hoc* анализата покажа дека: мајките на децата со аутизам имаат значајно повисок степен на депресивност од мајките на типичните деца ($p = 0,009$); не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на типичните деца и мајките на децата со други развојни нарушувања ($p = 0,18$) и дека не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на децата со аутизам и мајките на децата со други развојни нарушувања ($p = 0,43$). Не постои статистички значајна разлика во перцепираната социјална поддршка меѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на деца со типичен развој ($F=1,37$ $p=0,25$). Не постои статистички значајна разлика во локусот на контрола помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на деца со типичен развој ($F=1,77$ $p=0,17$).

Заклучок: Од истражувањето може да се заклучи дека мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на деца со типичен развој не се разликуваат статистички значајно во перцепираната социјална поддршка и локусот на контрола. Мајките на децата со аутизам имаат значајно повисок степен на депресивност од мајките на типичните деца. Исто така мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола имаат значајно понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен локус на контрола. И мајките на деца со аутизам со поизразена симптоматологија имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам со помалку изразена симптоматологија. Во иднина потребно е да се прошират сличните истражувања, како и да се преземата практични мерки за поддршка на овие родители и нивните деца за подобро секојдневно функционирање.

Клучни зборови: *аутистичен спектар на нарушување, други развојни нарушувања, депресивност, социјална поддршка, локус на контрола, аутистична симптоматологија.*

ABSTRACT

Mihailovska A. (2016). DIFFERENCES IN DEPRESSION SOCIAL SUPPORT AND LOCUS OF CONTROL AMONG MOTHERS OF CHILDREN WITH AND WITHOUT AUTISM AND OTHER DEVELOPMENTAL DISORDERS. Master thesis. Skopje: Faculty of Philosophy.

Introduction: The number of people diagnosed with autistic spectrum disorder is growing. For successful treatment and a better outcome in these individuals, good support and wellbeing of their parents are also a necessity. Research shows that social support has a huge role in determining the level of depression among these mothers. The locus of control is certainly a personal feature that can largely determine the extent of depression. Studies reveal confirmation data on this variable. Also studies show that the level of expression of autistic symptoms increases the level of depression among the mothers.

Objective: The objective of this research is to determine the degree of depression, social support and locus of control in mothers of children with autistic spectrum disorder, mothers of children with other developmental disorders and mothers of children with typical development; comparison and determination of differences between mothers of these variables and whether the expression of autistic symptoms makes the difference in the level of depression in mothers.

Methods: The study includes three suitable samples of mothers of children with autistic spectrum disorder (N = 40), mothers of children with other developmental disorders (N = 40), and mothers of children with typical development (N = 40). The data were processed in SPSS 21 and for analysis of the collected data was used t-test for significance of differences for major independent samples and a simple one-way ANOVA (F-test). For statistically significant difference was taken $p < 0,05$. The field research ran from June 2015 until the end of October 2015.

Results: The results showed that: mothers of children with autism who perceive greater social support do not differ in statistical significance in the degree of depression than mothers who perceive less social support ($t = -0,904$ $p = 0,37$). Mothers of children with autism who have an internal locus of control have significantly lower levels of depression than mothers of children with autism who have an external locus of control ($t = -2,72$ $p = 0,01$). Mothers of children with

autism with more pronounced symptoms have statistically significant higher levels of depression than mothers of children with autism with less pronounced symptoms ($t=2,75$ $p=0,009$). Mothers of children with autism have a higher statistical significance levels of depression than mothers of children with other developmental disorders and mothers of children with typical development ($F=4,52$ $p=0,013$). In other words, post hoc analysis showed that: mothers of children with autism have significantly higher levels of depression than mothers of typical children ($p=0.009$); there is no statistically significant difference in the level of depression among mothers of typical children and mothers of children with other developmental disorders ($p=0,18$) and no statistically significant difference in the level of depression among mothers of children with autism and mothers of children with other developmental disorders ($p=0,43$). There is no statistically significant difference in perceived social support among mothers of children with autism, mothers of children with other developmental disorders and mothers of children with typical development ($F=1,37$ $p=0,25$). No statistically significant difference in locus of control between mothers of children with autism, mothers of children with other developmental disorders and mothers of children with typical development ($F=1,77$ $p=0,17$).

Conclusion: From the research it can be concluded that mothers of children with autism, mothers of children with other developmental disorders and mothers of children with typical development did not differ with statistical significance in the perceived social support and locus of control. Mothers of children with autism have significantly higher levels of depression than mothers of typical children. Also mothers of children with autism who have an internal locus of control have significantly lower levels of depression than mothers of children with autism who have an external locus of control. And the mothers of autistic children with more pronounced symptoms have statistically significant higher levels of depression than mothers of children with autism with less pronounced symptoms. In the future it is necessary to extend similar studies, and to undertake practical measures to support these parents and their children to better everyday functioning.

Keywords: *autistic spectrum disorder, other developmental disorders, depression, social support, locus of control, autistic symptomatology.*

ВОВЕД

Родителството претставува значајна улога во животот на секој човек. Тоа во себе носи задоволство, среќа но во исто време често претставува и голем предизвик. Секако предизвикот е поголем ако детето има развоен недостаток. Имено, растењето на дете со развоен недостаток има влијание на целосното семејно функционирање и благосостојба. Родителите на деца со пречки во развојот често имаат зголемено ниво на стрес и депресија, ниско ниво на семејно прилагодување и кохезија и низа на други негативни последици во однос на родителите со развојно типични деца. Истражувањата покажуваат дека родителите на деца со аутизам, може да бидат посебно чувствителни на негативен исход и намалено добрување. Со зголемување на јавната свест и стручно знаење за аутизмот, истражувањата во последните неколку децении драматично пораснале. Во последните години, родителската благосостојба и семејното функционирање привлекува зголемена заинтересираност и истражување. Истражувањата покажуваат дека решавањето на проблемите во семејниот систем водат кон подобрување на семејната благосостојба повеќе од фокусирањето само исклучиво на детето. Подоброто разбирање на семејниот процес и родителската благосостојба на семејствата со деца со аутизам, може да доведе до ефективна и сеопфатна интервенција за таа популација.

Раѓањето на дете во семејството најчесто е извор на радост и формирање на ново чувство, а во бракот кој до тогаш бил без деца доаѓа до вистинско формирање на семејство и развивање на основно семејно чувство кое се карактеризира со нежен, грижлив и заштитнишки став. Меѓутоа, раѓање на дете со пречка или нејзино накнадно утврдување претставува силен предизвик и закана за целиот семејен живот. Искуствата и истражувањата говорат дека раѓањето на дете со пречка во развојот е силен стресоген настан за семејството и најчесто значајно го менува неговиот актуелно функционирање и го одредува правецот и текот на неговиот понатамошно функционирање (Mitić, 2011).

Според Hrnjica (2011), Розмари Шекспир (1979) врз основа на интервју со родителите кои добиле дете со тешкотии во развојот, утврдила дека најчести емоционални реакции на раѓањето на детето се: депресија, потреба за изолација, шок, фрустрација, чувство на вина, но и често страв од помислата „подобро де не се родеше“. Оваа состојба посебно е карактеристична за мајката, но го погодува и таткото, само покажувањето на

расположението е помалку видливо. Ретки се родителите кои се во состојба да смирено го прифатат тој настан.

Депресивното нарушување длабоко продира во сите аспекти на животот и делува на целото семејство, посебно нејзините највулнерабилни членови. Бидејќи не постои возрастна граница за настанување на депресијата, се поставува прашањето како таа болест влијае на децата, односно какви последици на психосоцијалниот развој и формирањето на личноста остава растењето покрај депресивни родители (Vučić & Ekić, 2015). Инциденцијата на депресивното нарушување е во постојан пораст од 1915 година и според Светската здравствена организација до 2020 година застапеноста ќе биде на второ место од сите болести. Ризикот за заболување од депресија за жените е 10 до 25%, а за мажите е 5 до 12% (Davey, 2008; според Vučić & Ekić, 2015).

Најголемиот број на студии кои го проучуваат односот на личностите на родителите и квалитетот на родителството се насочени на врската помеѓу нарушување во психолошкото функционирање и родителското однесување. Депресивните мајки создаваат разорно, хостилно и одбивно опкружување на своите деца кое неповолно влијае на детското функционирање и на нивната психолошка адаптација, помалку се одговорни и слабо се прилагодуваат на детските потреби, покажуваат повеќе лутина и тага со тоа и помалку позитивни емоции од недепресивните мајки. Родителите кои имаат симптоми на депресивно нарушување покажуваат и помалку прифаќање, поддршка или емоција во односот со детето (Masuka, 2010).

Многу истражувања покажуваат дека многу родители на деца со аутизам имаат анксиозно-депресивно нарушување со изразени тешкотии во негата на своето дете и со потешкотии ги обавуваат своите дневни обврски. Тој податок укажува дека проблемот на децата несмее да се третира одвоено од проблемите кои ги имаат нивните родители (Blanchard и сор., 2006). Родителите на деца со аутизам, во однос на родителите на здрави деца, погодени се повеќе од депресивно растројство (Olsson и Hwang, 2001), а забележен е и поголем број на опсесивно-компулсивно однесување (Abramson и сор., 2005). Грижата за лице со аутизам негативно влијае на семејната кохезија и чувството на среќа (Higgins и сор., 2005). Некои истражувања покажале дека мајките на деца со Даун синдром имаат поголемо чувство на благосостојба од мајките на деца со аутизам. Ова дополнително го нагласува фактот дека родителите на децата со аутизам се повеќе под стрес од родителите

на деца со други интелектуални пречки (Blacher & McIntyre, 2006). Стресот на мајката влијае негативно и на психолошкото здравје на останатите членови на семејството (Hastings, 2003). Причините поради која родителите се изложени на висок степен на стрес, помеѓу останатите е и проблемите во однесувањето на детето, а татковците посебно ги погодува општествените последици на имањето на дете со пречки во развојот (Saloviita и сор., 2003). Покрај големиот број на истражувања кои укажуваат на намалениот квалитет на животот на родителите на деца со аутизам и нивната изложеност на висок степен на стрес, авторите во светот укажуваат и на важноста и ефикасноста на интервентните програми за подигнување на квалитетот на животот не само на децата со аутизам туку и на нивните родители (Plant & Sanders, 2007).

Посебно тежок и критичен е периодот на дознавање на дијагнозата на детето, тоа е период кога се нарушува семејната рутина, се менуваат очекувањата во врска со детето, родителот има чувство на вина и трагање за причината за состојбата на детето, а чувството за себе како ефикасен заштитеник и старател е променето (Heiman, 2002; Howe, 2006).

Социјалната поддршка може да ја штити личноста од стрес и лоша општа психичка состојба, од друга страна недостатокот на социјална поддршка може негативно да влијае. А таа се однесува на утехата, грижата, почитувањето и помошта која личноста ја прима од други луѓе и групи (Sarafino & Smith, 2014).

Многу истражувања покажале дека социјалната поддршка има позитивно влијание кај родителите на деца со аутизам и други развојни нарушувања, односно таа го намалува нивото на депресивност, анксиозност и стрес кај нив.

Овој труд ќе се занимава со степенот на депресивност, социјална поддршка и локус на контрола кај мајки на деца со аутизам, мајки на деца со други развојни нарушувања и мајки на деца со типичен развој.

I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ

1. Аутистичен спектар на нарушувања (АСН)

Аутизам е невноразвојно нарушување кое се карактерезира со дефицит во социјалниот развој и развојот на комуникацијата, следен со стереотипно однесување и интереси. Овие три области ги сочинуваат основните три групации на дијагностички критериуми на најголемите светски системи на класификација во рамките на менталното здравје, ICD-10 и DSM-V. Поради хетерогената етиологија која условува сложена симптоматологија и тешкотии за вклопување на поединечните случаи во еден дијагностички модел, денес е во употреба терминот спектар (Nenadovic & Stokic, 2015).

1.1 Историјат

Eugen Bleuler (1857-1939) прв ги употребува термините шизофренија и аутизам во Швајцарија. Тој терминот аутизам го изведува од грчкиот збор „autos“ што во превод значи сам т.е битисување во себе, за да го опише активното повлекување на пациентите со шизофренија во својот фантазерски живот, во обид да се справат со неподсливата надворешна прецепција или искуства (Kuhn 2004; според Fuentes и сор., 2014). Употребата на терминот „аутизам“ во сегашната смисла започнала дури 30 години подоцна, кога австрискиот психијатар Ханс Аспергер ја усвојува терминологијата на Bleuler „аутистични психопати“ во предавање што го одражал во универзитетската болница во Виена (Asperger 1938; според Fuentes и сор., 2014). Тој потоа издал втора докторска дисертација во 1944 година Asperger (1944), каде што опишува група на деца и адолесценти со дефицит во комуникацијата и социјалните вештини и исто така со рестриктивни и повторувачки начин на однесување. Но бидејќи била објавена на германски јазик останала непозната за широката јавност. Uta Frith подоцна прави превод на англиски јазик, при што наодите се ставаат на располагање на широката јавност (според Fuentes и сор., 2014). Но Лорна Винг посебно ги распространува во Велика Британија (Wing 1997; според Fuentes и сор., 2014).

Во 1943 година Лео Канер психијатар од САД, во своја публикација опишува 11 деца со т.н „инфантилен аутизам“ или денес може да се сретне и како Канеров аутизам. Тој во својот труд „Аутистични нарушувања на афективниот контакт“ ги опишува класичните знаци на аутизмот како што се: употреба на идиосинкратични фрази, редење на играчки во

низа од долги редови и паметење на безначајни факти. Во периодот меѓу септември 1931 и февруари 1943 година, тој детално ги опишува карактеристиките на децата што ги видел Kanner (1943). Но имало одредени карактеристики кои биле универзални и ги селектирал оние кои се важни за дијагноза, а тоа се:

- длабок недостаток на афективен емоционален контакт со другите луѓе,
- интензивно инсистирање на едноличност во нивното секојдневие,
- немоност или абнормалност во говорот,
- фасцинација со предмети за манипулирање,
- високо ниво на визуелно-просторни вештини или рутинска меморија на големи проблеми со учењето во други области,
- атрактивна, будна, интелигентна појава (според Blacher & Christensen, 2011; според, Трајковски, 2011).

Речиси во истиот период незнаејќи еден за друг, Ханс Аспергер виенски педијатар во 1944 година опишува група на деца кои исто така имале тешкотии во реципрочната социјална интеракција и кои покажувале течен говор, но со лоши конверзациски особини и кои развиле невообичаени интензивни интереси. Тој сугерирал дека овие деца имаат некој тип на нарушување на личноста и го употребувал терминот „аутистична психопатија“ (Asperger, 1944; според Feinstein, 2010; според Трајковски, 2011). Овој опис останал незабележан за психијатрите од англиско говорно подрачје до 1981 година која Лорна Винг објавува труд. Во својот труд таа опишува адулти со „Asperger-ов синдром“ кои претходно биле дијагностицирани како аутизам. Важно е да се потенцира дека Винг, „Asperger-ов синдром“ не го користела како термин за специфична дијагностичка категорија тука како различна клиничка презентација на аутизмот кај адултите т.е со подобри комуникациски способности (Wing, 1981; според Wolff, 2004; според Трајковски, 2011).

1.2 Дефиниција и етиологија

Според Светската здравствена организација детскиот аутизам претставува первазивно развојно нарушување кое се дефинира со постоење на ненормален или оштетен развојно нарушување кое се манифестира пред третата година од животот со карактеристичен

облик на патолошко функционирање во сите три области на социјалните интеракции, во комуникациите и со повторувачкото однесување (WHO, 1992).

Американската психијатриска асоцијација (АПА) го дефинира аутизмот како широк континуум на поврзани когнитивни и невробихејвиорални нарушувања, вклучувајќи три карактеристики: нарушувања во социјализацијата, нарушувања во вербалната и невербалната комуникација и рестриктивни репетитивни шеми на однесување. Дијагностичкиот и статистичкиот прирачник на АПА вклучува пет различни нарушувања под еден поширок термин на первазивни развојни нарушувања во кој што влегуваат: аутистичното нарушување, Аспергеров синдром, первазивните развојни нарушувања неспецифични на друг начин, Ретовиот синдром и детското дезинтергративно нарушување (APA, 1994).

Со категориска класификација на аутистичното нарушување, се утврдува дали некое лице ги има потребните карактеристики за клучните дијагностички критериуми за аутизам. Врз основа на овој пристап, секој пациент со клиничка слика аутизам се распоредува во една од категориите што претставува одреден клинички ентитет. Двата класификациски системи кои се користат во последните 30-тина години се: DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) на Американската психијатриска асоцијација, а вториот е ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) на Светската здравствена организација (Трајковски, 2011).

ICD-10 класификацијата е од 1990 година, таа ја вклучува возраста на појавноста како основен дијагностички знак и многу други подетални критериуми за аутизмот. Таа во ПРН ги вклучува Ретовиот синдром, Аспергеровиот синдром, детското дезинтергративно нарушување и атипичниот аутизам, како и категоријата первазивните развојни нарушувања неспецифични на друг начин (WHO, 1990; според Трајковски, 2011).

Во DSM-I од 1952 година и DSM-II од 1968 година аутизмот се споменува како симптом во рамките на детската шизофренија (APA, 1952; APA, 1968). Во наредните изданија на DSM аутизмот е посебно нарушување. DSM-III класификација од 1980 година аутизмот за прв пат се споменува како посебна дијагностичка состојба, DSM-III-R класификација од 1987 година (APA, 1980, 1987; според Трајковски, 2011), DSM-IV класификација од 1994 година (APA, 1994) и најнова од 2013 година DSM-V (APA, 2013), која во овој труд ќе биде подетално изложена.

Во DSM-V е елиминирано дијагностицирањето на Аспергер синдром, а е формализиран концептот „Аутистичен спектар на нарушување“ (АСН) промовиран од страна на Lorna Wing која се залага за демаркација и ставање на Аспергер синдромот во рамките на АСН (Wing и сор., 2011).

АСН подразбира невроразвојно растројство за кое е карактеристично дефицит во развојот на комуникациите и социјалните вештини и присуство на репетитивни и рестриктивни обрасци на однесување. Според DSM-V, нарушувањето аутистичен спектар опфаќа растројства кои порано беа нарекувани ран инфантилен аутизам, детски аутизам, Канеров аутизам, високо-функционален аутизам, атипичен аутизам, неспецифично первазивно развојно пореметување, дезинтергаративно пореметување кој се јавува во детството и Аспергеровиот синдром (APA, 2013).

Имено DSM-V прави многу промени во одредувањето на нарушувања од аутистичниот спектар. Една од промените е воведувањето на единствен термин „нарушувања од аутистичниот спектар“, кој истовремено ги опфаќа и отфрла поранешните поткатегории внатре во категоријата первазивни развојни нарушувања. Исто така направена е и промена во дијагностичките критериуми. Симптомите кои порано припаѓаа во категоријата социјална интеракција и комуникација, во DSM-V се наоѓаат во една категорија „социјална комуникација“. За оваа промена постојат одредени дискусии и критики (Dukarić и сор., 2014).

Ретовиот синдром кој беше класифициран покрај наведените во DSM-IV, сега веќе не припаѓа во аутистичниот спектар. Лице кое порано ќе добиеше дијагноза аутизам и лице кое порано би добила дијагноза Аспергеров синдром денес би добиле иста дијагноза-АСН. Со тоа што во првиот случај дијагностичарите би имале задача да нагласат дали постои и колкаво е интелектуалното оштетување. А во вториот случај, дијагнозата би била АСН без интелектуални и јазични оштетувања (според Gajić, 2015).

Во периодот од почетокот на 50-тите па се до почетокот на 60-тите години на дваесетиот век, во САД се мислело дека аутизмот се должи на неправилното воспитување на децата т.е ладното одбивање на родителите, Bruno Bettelheim во својата книга аутизмот го споредува како затвореник во концентрационен логор (нешто со сам го искусил) (Finn, 1997).

Во 1964 година Bernard Rimland го отвара патот за тековното разбирање на аутизмот со воведувањето на идејата дека тоа е нарушување на развојот на мозокот (Rimland, 1964).

АСН има изразито хетерогена етиологија која опфаќа генетски фактори, епигенетски модификации во геномот, со влијание на околината. Важноста на генетскиот допринос за развојот на АСН станала јасна во почетокот на 80-те години кога се забележани првите случаи на аутистични нарушувања кај лица со хромозомски аберации и ретки синдроми. Генетската основа на АСН ја потврдуваат и наодите на зачестена појава на аутизам кај браќата и сестрите во погодените семејства (2-8%), кај дизиготните близнаци (10%) и кај монозиготните близнаците (92%) (Bailey и сор., 1995).

Kinney и сор., (2010) сметаат дека постојат многу средински фактори за кои постојат основани претпоставки за поврзаност со аутизмот. Едни од нив се живата, кадмиумот, никелот, трихлоретилен и винил хлоридот (според Fuentes и сор., 2014).

. Една од многу дискутираните средински причини е, врската помеѓу МПП вакцините и АСН (Wakefield и сор., 1998; според Fuentes и сор., 2014).

Исто така најдена е поврзаност помеѓу недостатокот на витамин D и зголемен ризик за аутизам (Grant & Soles, 2009). Студии во Скандинавија покажаа дека употребата на пренатална фолна киселина околу времето на зачнување била поврзана со помал ризик од АСН (Surén и сор., 2013). Употребата на Валпроат за време на бременоста е поврзан со поголем ризик од АСН (Christensen и сор., 2013).

Етиологијата на АСН покрај генетските фактори вклучува голем број на пренатални, перинатални и постнатални етиолошки фактори. Како што се: разни болести за време на бременоста, разни вирусни инфекции, прегестациски или гестациски дијабетес мелитус, разни лекови, изложеност на тешки метали, пушењето, дефицит на фолна киселина итн. Од неодамна се претпоставува и изложеноста на пестициди и загаден воздух за време на бременоста. Треба да се направат обемени епидемиолошки студии кои ќе го докажат влијанието на овие фактори, што ќе придонесе за подобра превенција (Ornoy, Weinstein-Fudim & Ergaz, 2015).

Според Трајковски, кај аутизмот не постои единствен фактор т.е една причина, тоа е хетерогено нарушување предизвикано од многу фактори и секако врз една генетска пречувствителност (Трајковски, 2011).

И покрај бројните истражувања, етиологијата кај околу 80% од случаевите останува непозаната. Денеска се смета дека АСН е комплексно мултифакторско нарушување (Rinčić, 2014).

1.3 Епидемиологија

Епидемиологијата на аутизмот варира со дијагностичките критериуми. Сега обично се тврди дека аутизмот се јавува со околу 1% од вкупната популација. Меѓу тоа никој незнае што е „вистинска“ преваленција на аутизмот реално, со оглед на тоа што не постои апсолутна согласност за тоа што всушност претставува аутизмот (Fernell, Eriksson & Gillberg, 2013).

Првото епидемиолошко истражување е направено во средината на 60-тите години од минатиот век во Англија и од тогаш се спроведени во преку 20 земји. Во периодот од 1966 до 2013 година објавени се 81 епидемиолошки студии (избрани со посебни критериуми). Од нив 54 пружаат информации за аутизам, 18 за Аспергер синдром, и 13 за детското дезинтергративно пореметување. Направени се во 23 земји од кои 17 во Велика Британија, 16 во САД и 7 во Јапонија. Од нив 55 студии се објавени после 2000 година. Големината на примероците е од 5.007 до 4.3 милиони, со средна вредност 50.210 и просечна големина од 275.300. Направена е опсежна мета-анализа на резултатите од овие 81 студија, тие во заклучокот наведуваат дека од неодамнешните студии, најдобра процена е дека преваленцата за аутизам е 66/10.000 или 6.6/1.000 т.е 0,66% или 1 дете на околу 152 деца (Hill, Zuckerman & Fombonne, 2013).

Почетните истражувања проценувале дека преваленцата на аутизмот е 4-5/10.000 (Wing 1993; според Bryson, 1996). Во 1996 година се претпоставувало дека таа е два пати повеќе т.е 1 дете со аутизам на 1000 (Bryson, 1996).

Во 2005 година се проценувало дека преваленцијата за аутизам била 13/10.000, за ППП-НДН 21/10.000, за Аспергер синдром 2.6/10.000 и 2/10.000 за детското дезинтергративно нарушување. Односно за сите пореметувања од аутистичниот спектар се проценувало околу 0,66% преваленција (Fombonne, 2005).

Во 2012 година, истиот автор наводи дека преваленцијата за аутистичното нарушување е 20-30/10.000 додека за целиот АСН 90-120/10.000. Односот помеѓу машки и женски со АСН е 5:1 (Fombonne, 2012).

Денеска се проценува дека преваленцијата изнесува 1%, дури се проценува дека трендот расте и до 2% од вкупната популација или 57-90 лица од 10.000, во зависност од годината на истражување и истражувачките методи. Исто така и нерамнотежата меѓу половите се одржува и се движи од 4-8: 1 во корист на машките (Stanković и сор., 2012).

Во 2010 година се проценува дека имало 52 милиони случаи на АСН, што се изедначува со распространетост од 7,6 лица на 1000 или 1 во 132 лица. Освен методолошките варијации, немало други јасни докази за промената на преваленцијата на АСН помеѓу 1990 и 2010 година (Вахтер и сор., 2014).

Во периодот од 2008 до 2013 година, преваленцијата на аутизам бележи пораст и во Република Хрватска и во град Загреб, притоа во 2013 била нешто поголема во град Загреб во однос на РХ (0,4% во однос на 0,3%) (Benjak и сор., 2015).

1.4 Клиничка слика

Според Трајковски (2011), Петров и сор. (2000) сметаат дека децата со аутизам покажуваат квалитативно оштетување на реципрочните социјални интеракции и на шемите за комуникација, со истовремено присуство на сиромашен, стереотипен, рецептивен репертоар на интересирања и активности.

Иако кај повеќето невдоразвојни нарушувања се препознават по нивниот физички изглед или преку нивниот генотип (хромозомски и/или молекуларен изглед), кај аутизмот не постои специфичен физички изглед ниту пак конзистентен генотип. Тој би можел да се препознае единствено преку неговиот „бихејвиорален“ фенотип (Трајковски, 2011).

Аутистичното нарушување опфаќа различни симптоми кои можат да се групираат во три групи:

1. Нарушување на социјалните интеракции;
2. Нарушување на вербалната и невербалната комуникација;
3. Ограничени активности и интереси т.е различни моторички пречки и стереотипи (APA, 1994; Вујас-Petković & Škrinjar, 2010).

Социјална интеракција. Децата со аутизам неможат на нормален начин да воспостават односи со родителите и другите луѓе во нивната околина. Јачината на симптоми варира од дете до дете, а зависи од возраста, полот, степенот на интелигенција, невролошки

статус. Детето со аутизам нема потреба да приоѓа на другите луѓе, да имитира, да одговара на емоции и гестови, да ги следи родителите и да им трча во прегратка. Некои деца избегнуваат телесен контакт, додека некои уживаат во скокоткање. *Комуникација и мислење*. Најтипичен симптом на аутизмот се говорните потешкотии. Поголемиот дел на деца немаат развиен говор. Оние деца кои зборуваат, имаат проблеми во разбирањето (не го разбираат туѓиот говор), зборуваат нелогично и шифрирано. Децата со аутизам не препознаваат гестови и емоции (невербална комуникација), имаат тешкотии во сфаќањето на однесувањето на другите особи, односно неможат да размислуваат ни заклучуваат на вообичаен начин. *Стереотипи, интереси, активности*. Децата со аутизам покажуваат бизарни обрасци на однесување. Често ги редат предметите во низа (компулзивно однесување), се противат на промени. Исто така покажуваат ритуално и ограничено однесување, агресија и автоагресија, непријатни за околината и се претерано анксиозни (Bujas-Petković & Škrinjar, 2010). Според DSM-V аутистичните лица ги имаат следните карактеристики: исклучително оштетен развој на социјалната интеракција и комуникација; присуство на рестриктивни, повторувачки и стереотипни модели на однесување, интереси и активности; симптомите на задоцнето и нарушено функционирање мора да се присутни во раниот развој иако не секогаш е така; ограничувањата предизвикуваат клинички значајни варијации во социјалните, професионалните и другите дневни активности; и тежината на на АСН се проценува врз основа на степенот на оштетување на социјалните и комуникациски вештини и постоењето на различни модели на повторувачко однесување (Young и Rodi, 2014). Основниот домен на симптоми кои го дефинираат аутистичното нарушување, е оштетувањето на социјалната интеракција и комуникација. Според DSM-V, еден од основните симптоми вклучува преокупација со стереотипии, ограничени шеми, нефлексибилно почитување на рутини, стереотипни и повторувачки моторни манири, и постојана преокупација со делови од предмети. Се смета дека овој домен е многу широк и содржи најмалку два подтипови на однесување: повторено сензомоторно однесување и инсистирање на истоветност. Повторувачкото сензомоторно однесување се почесто се гледа кај мали деца и се поврзува со ниска невербална интелигенција (Fuentes и соp., 2014).

1.5 Дијагноза

Денес е многу јасно дека раното откривање на АСН претставува голем напредок, со тоа што се овозможува брза интервенција која може да ја подобри прогнозата кај значителен дел од децата со АСН, ги појаснува сомнежите, неизвесноста и болката на родителите и им овозможува соодветно да го планираат образовниот процес на детето и добивање на социјална поддршка (Fuentes и сор., 2014).

Zwaigenbaum и сор. (2005) сметаат дека во првите шест месеци, проблемите во социјалната интеракција почнуваат да стануваат очигледни (според Fuentes и сор., 2014). Веќе со две годишна возраст децата во аутистичниот спектар покажуваат јасни проблеми во социјалната комуникација, игра, говор и спознавање, како и други сензорни и моторни тешкотии (Zwaigenbaum и сор., 2009; според Fuentes и сор., 2014).

Почетниот дел на клиничката дијагностичка процена опфаќа добивање на сеопфатна историја на детето и семејството, преглед на медицинската и друга достапна евиденција, вклучувајќи ги и предходните процени, и разговор со семејството на детето за да се разберат нивните проблеми и да учат од минатото и сегашноста на однесувањето и функционирањето на детето. Дијагностичарот го набљудува однесувањето на детето за да процени дали квалитетот и карактеристиките на комуникацијата и интеракциските способности на детето се во склад со дијагнозата АСН. Социјалните комуникациски оштетувања се одликуваат со тешкотии за одражување на разговор, дефицит во невербалното комуникациско однесување користено за социјална интеракција, прагматични прашања, како што се претерано буквално разбирање на јазикот, и тешкотии со илузорноста на играта. Социјалното оштетување на интеракцијата се карактеризира со неспособност или несклоност да се подели и сврти вниманието со друго лице, кое се нарекува заедничко внимание. Друга карактеристика на нарушувањето на социјалната интеракција е недостатокот на социјални референци (на пр. земање на сигналот од другиот од изразот на лицето во нова ситуација). За да детето добие дијагноза АСН, тие мора да покажат две или повеќе ограничени, повторувачки однесувања, интереси или активности, кои се втора основна карактеристика на АСН. Овие симптоми се појавуваат од привидно држење до рутината и непријатност за промена, ограничени интереси, и привиден интерес во дел од објектот, а не во целината или во функционалната употреба (на пр. во тракалото, а не во автомобилчето). Важно е да се нагласи дека ограничените,

повторувачки однесувања не се појавуваат во исто време со оштетувањата во социјалната интеракција и комуникација. Повторувачките и ограничени однесувања се јавуваат на поголема возраст од 4 до 5 години (Charman и сор., 2005).

Кога јасна клиничка слика не излегува од евалуацијата, дијагностичарот би требало да размисли за спроведување на формална процена со користење на стандардизирани дијагностички инструменти за процена на симптомите на аутизам. Постојат многу дијагностички инструменти, Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2), Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (CARS2), Social Responsiveness Scale-2, Gilliam Autism Rating Scale (GARS-2) итн. Студите покажале дека користењето на Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) и Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) во комбинација обезбедува најголема сензитивност и специфичност за критериумите од DSM-IV-R, исто така реплицирањето на прелиминарните испитувања покажале исто и за DSM-V критериумите (Mazefsky и сор., 2013).

Во дијагностиката на АСН се користат и најразлични биомедицински тестови, како што се: биохемиско испитување на крвта, вклучувајќи ги тироидните тестови, комплетна крвна слика, уринарна анализа, анализа на фецес, серумски феритин и серумско железо, аминокиселински статус во урината, скрининг на фенилкетонурија, хромозонски анализи, тестирање на целијачна болест или глутенска ентеропатија, МНР, КТ скенови, или рендгенска дијагностика, електроенцефалограм, скрининг за Landau-Kleffner синдром (Трајковски, 2011).

Диференцијалната дијагноза подразбира разликување на АСН останатите слични нарушувања. DSM-V (APA, 2013) дава специфични насоки за разликување на АСН од: Rett синдром, селективен мутизам, развојните говорни нарушувања, интелектуалната попреченост, стереотипните движечки нарушувања, ADHD, и шизофренијата.

Во едно истражување е испитувана фреквенцијата на тековната коморбидна дијагноза, коморбидна психопатологија, проблеми со спиењето и гастроинтестинални симптоми кај деца и адолесценти со АСН. Резултатите покажале дека 46,1 % од децата и адолесцентите со АСН имале коморбидна психолошка или медицинска дијагноза. Кога интелектуалната попреченост била вклучена како потенцијална коморбидна дијагноза дури 78,7% имале коморбидна дијагноза. Преваленцијата на ADHD растројството била 18%, а 15,7% имале

анксиозно растројство. Исто така поголемиот дел од испитаниците со АСН дури 80,9% имале проблеми во спиењето, додека 70,3% имале гастроинтестинални симптоми (Menion и сор., 2013; според Mannion & Leader, 2016).

Помеѓу 70% и 90% од лицата со аутизам функционираат на ниво на интелектуална попреченост (АРА, 1994), од друга страна голем процент од особите со интелектуална попреченост немаат аутизам (Ђорђевиќ & Banković, 2011).

1.6 Третман

Децата со аутизам најдобро напредуваат во окружување кое е добро структурирано, кое им нуди соодветни индивидуализирани програми и со јасно дефинирани цели, а кои можат да се модифицираат во зависност од потребите и способностите на детето. Важен предуслов за успешна интерграција на децата со аутизам е во рана возраст да ми се понудат сите можности да ги унапредат своите социјални, сознајни и говорни способности. Поради хетерогеноста на децата со аутизам, не постои пристап или систем на образование кој би бил универзално ефикасан и добар (Lazog и сор., 2008).

Во третманот на децата со аутизам се издвојуваат повеќе модели и пристапи на работа. Месбон, Адамс & Клингер (1997) интервенциите на третман ги поделиле во три најважни групи: биолошки, психодинамски и образовни (Roberts, Prior, 2006, според Blatnik и сор., 2013).

Под биолошки интервенции спаѓаат медицински третмани и други алтернативни методи на лечење. Психодинамски методи ги вклучуваат Holding и Pheraplay.

Во рамките на образовните интервенции се разликуваат следните пристапи:

1. Бихејвиорален пристап (Applied Behavior Analysis-ABA, Lovaas програмата итн.)
2. Развојни стратегии (Developmental Social-Pragmatic Model-DSP, DIR/Floor time, Relationship Development Intervention)
3. Тераписки базирани интервенции кои уклучуваат интервенции насочени на комуникацијата (Picture Exchange Communication System-PECS, Facilitated Communication-FC итн), сензомоторни интервенции (Сензорна интеграциона терапија, Терапија на длабок притисок, Ниро терапија итн).
4. Комбинирани интервенции: SCERTS-Social-Communication, TEACCH-Treatment and education of autistic and related communication handicapped children итн.

5. Останати терапевтски интервенции: Музикотерапија, Son-Rise програмата итн.
6. Терапии базирани на семејството.

АВА (Applied Behavior Analysis). Применена бихејвиорална анализа која има долга историја, а нејзините почетоци се врзани за Скинеровото инструментално учење. Со помош на серија јасни награди и казни, со осмислена програма која ја следи фреквенцијата или должината на некое однесување, со бихејвиорална анализа се влијае на агресивното однесување, стереотипното однесување, се учат адаптивни модели на однесување. АВА методот се користи за да лицата со аутизам и други сродни развојни нарушувања ги променат на најмалку пет начина: да учата нови вештини, да се зајакнат и одражат претходно стекнатите вештини, да го генерализираат однесувањето од една во друга ситуација, да ограничат или насочат ситуација под која одредени однесувања се јавуваат (Blatnik и сор, 2013). Некои истражувања покажуваат дека најделотворни резултати врз функционирањето на децата со аутизам, имаат раните интензивни бихејвиорални интервенции (Таташ, 2010).

TEACCH-Treatment and education of autistic and related communication handicapped children или третман и едукација на децата со аутизам и поврзаните нарушувања на комуникацијата, се заснова на карактеристиките кои ја чинат „аутистичната култура“: подобро процесирање на визуелните во однос на аудитивните информации, зголемено внимание на деталите и тешкотии во интергрирањето или донесувањето на заклучок, голема варијабилност на вниманието, проблеми во комуникацијата, тешкотии во совладувањето на концептот за време, тенденција за вразување за рутина, многу интензивно и импулсивно реагирање врзано за омилената активност, сензорна преференција или аверзија. TEACCH програмата препорачува четири видови на структура: физичка (адекватен мебел и редукција на дистракција и преголема стимулација од окружувањето), организација на редот на случувања (дневен, односно неделен распоред визуелно претставен), организација на индивидуалните задачи и организација на задачите и распоредот на активности (систем на активности) (Mesibon & Shea, 2010). Во една студија, применета е TEACCH програмата во експериментална група и интерграциона програма за лица со пречки за контролна група. Експерименталната

група имала подобри резултати, статистички значајни разлики биле добиени и во двете групи поради различниот пристап (Panerai и сop., 2002).

PECS Picture Exchange Communication System, или комуникација со заменена на слики е единствена дополнителска метода која служи за учење на делотворна комуникација. Овој систем првобитно бил развиен за поттикнување на развојот на комуникацијата кај мали деца со аутизам и слични тешкотии врзани за социјалната комуникација. Системот на комуникација со менување на слики бил развиен за употреба со предучилишни деца со аутизам, прогресивно развојно нарушување и останати социјално-комуникациски нарушувања (Rajnović, 2001). Студите покажуваат дека оваа метода помага во развојот (Ostryn, Wolfe & Rush 2008).

Врз основа на резултатите на досега спроведените истражувања најголем успех овозможуваат бихејвиоралните програми, било да се применети во облик на фокусирана интервенција, било да се вклопени во сеопфатниот модел на третман. За развојните интервенции сè уште нема доволна емпириска поддршка (Glumbić и сop., 2013).

Доста популарни во светот се комплементарните и алтернативните третмани кај децата со АСН, податоците велат дека во 2007 година во САД се потрошени дури 33,9 милијарди долари за такви третмани. Такви третмани се: витамини, чаеви, природни продукти, суплементи, пробиотици, акупунктура, терапија со јавање, хипноза, јога, исцелување со допир, разни лекови на рецепт, специјализирани или со елиминација диети итн (Levy & Numan, 2015).

1.7 Исход и прогноза

АСН започнуваат рано во детството, според тоа значајни промени се случуваат во развојот, кои ќе влијаат на исходот на возрасните. Овие промени треба да не се занемаруваат и бара постојано следење и индивидуално прилагодување за да се оптимизираат програмите за поддршка. Се истакнува високата варијабилност во краткорочните резултати од предучилишната возраст, нагласувајќи ја важноста со оглед на индивидуалните карактеристики и адаптивни стратегии. Се укажува на тоа дека овие разлики може да се должат на одредени карактеристики како што се говорните вештини и сериозноста на аутистичните симптоми (Baghdadli и сop., 2007).

Со потешка коморбидна интелектуална попреченост посиромашен е и исходот. Општо прифатено е дека ако има говор пред шестата година и повисок коефициент на интелигенција се поврзани со подобри резултати во исходот (Billstedt и сop., 2010).

Треба да се внимава при предвидувањето на исходот на АСН, сепак тоа е нарушување за кое уште нема лек. А исходот на зависи само од карактеристиките на поединецот, туку и од средината и од тоа што таа го нуди на тоа лице, дали се адаптира или не, за да се минимизират посебните потреби (Fuentes и сop., 2014).

Првите истражувања за степенот на вработеност на лицата со АСН, датираат од 1967 Rutter и сop. (1967), Kanner (1973), Lotter (1974) итн. Kobayashi и сop., (1992) известуваат за 20% вработеност во Јапонски примерок. Whitehouse и сop., (2009) известуваат за 18% вработеност во примерок од Велика Британија. However, Eaves и Но (2008) известуваат дека во Канадски примерок, 56% од лицата со АСН се вработуваат по влегувањето во светот на возрастите. Howlin и сop., (2004) нашле дека од 68 индивидуи со АСН од 7 до 29 години, само двајца работеле со полно работно време по влегувањето во светот на возрастите. Taylor и Seltzer (2011), направиле лонгитудинална студија со 66 лица со АСН, за 10 години тие нашле дека само 6% од испитаниците имале постојана работа, а 12% биле вработени со поддршка. Исто така најдено е дека вработените лица имаат подобар возрасен исход, се доживуваат подобро и имаат подобри животни и когнитивни перформанси од невработените (според Chen и сop., 2015).

Возрасните лица со АСН имаат значително зголемување на стапките на сите поголеми психијатриски нарушувања вклучувајќи ги депресијата, анксиозност, биполарно растројство, опсесивно компулсивно растројство, шизофренија, и обиди за самоубиство. Речиси сите медицински состојби се почести кај возрасните со аутизам, имунолошки состојби, гастроинтестинални нарушувања, проблеми со спиењето, дебелина, дислипидемија, висок крвен притисок и дијабетес. Во поретки услови мозочен удар и Паркинсонова болест, исто така биле значително чести кај возрасните со АСН. Инаку тоа се податоци од 1.507 возрасни со АСН, запишани во периодот 2008-2012 година во САД (Croen и сop., 2015).

Во едно истражување кое опфатило 45 индивидуи кои биле вклучени во формалната или неформалната нега на лица со аутизам, или и самите имале таква дијагноза. Најдено е дека за нив главни теми се негата и точната дијагноза без оглед на возраста и долгорочна

нега и поддршка без оглед на староста. Односно се нагласува потребата за долгорочна нега и поддршка на возрасните лица со АСН, чии родители и негуватели исто така се сочуваат со непозната иднина (Mukaetova-Ladinska & Stuard-Hamilton, 2016).

Во едно истражување во Македонија најдено е дека дури 84,8% од работодавачите немаат информација што е тоа аутизам, а 51,5% мислат дека овие лица не би биле продуктивни во нивните фирми (Stankova & Trajkovski, 2010).

1.8 Историја на АСН во Република Македонија

Во 1993 година проф. д-р Љупчо Ајдински за прв пат во Република Македонија, по барање на неколку рехабилитациони установи изготвува предлог-елаборат за организирање на третман на деца со аутизам. Во текот на 1995 година повторно се подигаа барање за организирање на третман на децата со аутизам, но овој пат поорганизирано. Имено оваа иницијатива била покрената од Друштвото на ологофренелози на РМ, по барање на родителите на деца со аутизам и поддржана од сите сојузи на инвалидизирани лица и шест рехабилитациони установи (Ajdinski, 2005). Во Струга 1995 година, е организирана семинар на тема „Аутизмот и другите детски психози,, каде што е дискутирано за етиологијата, клиничката слика, дијагностиката, третманот и потребата за организирани облици на овој третман во РМ (Трајковски и сор., 2002). Во периодот од 1996-1997 година, Друштвото на родители и стручњаци за помош на деца со аутизам покажале одредени активности и дошло до вклучување на поединечни деца во некои од посебните училишта и рехабилитациони установи. Но повторно следел период на немање на никакви активности за оваа проблематика. Сè до средината на 1999 година, кога Институтот за дефектологија повторно прави напори за заживување на активностите на Друштвото на родители и стручњаци за помош на деца со аутизам. За до крајот на 1999 година, на Институтот за дефектологија се усвои пријавата за докторска дисертација на ас. м-р Владимир Трајковски под наслов „Имуногенетски анализи на лицата со аутизам во Република Македонија“ (Ajdinski, 2005).

На 22.05.2000 година се основа Македонското научно здружение за аутизам МНЗА, во кое членуваат дефектолози, психијатри, доктори по медицина, имунолози, алерголози, епидемиолози, психолози и други стручни лица (Трајковски и сор., 2002).

Првата епидемиолошка студија во Република Македонија започнала во 2000 година, а објавена во 2005 година. Според нејзините наоди преваленцијата за раниот детски (Канеров) аутизам во Република Македонија изнесува 0,25 лица на 10.000 жители, што е значајно помалку од останатите европски држави. Според авторите на студијата оваа бројка е далеку под вистинската, а како причина за тоа го наведуваат: недоволно препознавање на синдромот на аутизам од страна на лекарите, дефектолозите и психолозите, не доволна евиденција и непостоење на национален регистар за оваа состојба, регистрирање под други дијагнози како што се ментална ретардација, шизифренија и други патолошки состојби, како и криењето на овие лица од страна на родителите (Trajkovski и сор. 2005).

2. Семејствата на деца со аутистичен спектар на нарушувања

2.1 Еколошки пристап на развојот

Пред да се премине на дефинирање на клучните поими, ќе се разгледа една теорија која го разгледува човековиот развој низ призмата на срединските т.е социјалните фактори и влијанија. Имено, таа го нагласува и објаснува значењето на социјалните фактори и влијанија врз човекот како социјално битие. Во прилог на ова истражување оваа теорија ќе овозможи подобро разбирање на значењето на социјалната поддршка.

Еколошкиот пристап во последно време стана многу влијателен во развојната психологија, доведувајќи во фокус посебен начин на размислување за човечкиот развој и поинаков пристап во проучувањето на факторите кои на него влијаат. Застапниците на еколошкиот пристап нагласуваат дека развојот секогаш се одвива во одреден средински контекст, кој влијае на текот, природата и исходот на развојните промени. Да се добие права, еколошки валидна слика за развојот, децата треба да се проучуваат во окружувањето во кое нивниот развој природно се одвива, а исто така треба да се испитува и како даден контекст влијае на однесувањето на детето, како и како детето влијае на него. Значаен застапник и теоретичар на овој пристап е Urie Bronfenbrenner (Мурцева-Шкарик, 2009).

Бронфенбренеровата теорија која се вика еколошки систем се заснова на претпоставката дека, ако сакаме да го разбереме развојот, мораме да ја разбереме интеракцијата-меѓусебното влијание на личните карактеристики на детето и карактеристиките на неговото опкружување (срединскиот контекст). Детето поседува низа на лични карактеристики, од кои најважни се тие кои Бронфенбренер ги опишува како развојно поттикнувачки, во смисла дека можат на влијаат на другите луѓе на начини кои се важни за развојот на детето. Пример за развојно поттикнувачки особини се физички изглед, интелектуални и јазични способности, темперамент и карактерни црти, социјални вештини и слично. Бронфенбренер смета дека детето и средината (опкружувањето во кое тоа расте и се развива) непрекинато влијаат едно на друго. Тие влијанија се двонасочни и трансакциски, помеѓу детето и средината постои реципрочен однос и взаемно услувување. Срединските услови влијаат на развојот на одредени карактеристики на детето, но тоа влијание зависи од природата и особините на детето, а дел се и сами себе обликувани. На

пример, родителите неоспорно имаат моќно влијание на развојот на детето, но нивниот однос кон детето секогаш е одреден и од карактеристиките на самото дете ако родителите имаат повеќе деца, односот кон нив никогаш не е сосема ист. Трансакциониот модел е фокусиран на утврдување на начинот на кој карактеристиките на детето и карактеристиките на средината меѓусебно делуваат со текот на времето, одредувајќи единствени развојни исходи. Бронфенбренер нагласува дека интеракцијата или взаемното дејство на овој вид тешко се истражуваат ако се детето се издвои од природното окружување. Во овој теориски модел средината е претставена како низ на меѓусебно поврзани слоеви или системи, кои Бронфенбренер ги нарекува еколошки системи. Тие го сочинуваат еколошкото окружување или контекст во кој се одвива физичкиот, когнитивниот и социоемоционалниот развој на детето. Графички тој го претставува моделот во вид на концентрични кругови во кои детето се наоѓа во средината. Кругот најблизок до детето го претставува првиот еколошки систем и се нарекува микросистем. Станува збор за непосредното окружување на детето, кое на него најмногу и најнепосредно влијае. За најголемиот број на деца, микросистемот ги вклучува: семејството, градинките и училиштата, врсниците и местата во населбата (паркови, игралишта) на кои се дружи и игра со нив итн. Микросистемот не е константен, тој се менува како што расте детето. Како контекст на развојот, микросистемот има одредени физички карактеристики, како и луѓе кои го сочинуваат. Луѓето кои го чинат микросистемот имаат одредени карактеристики, кои можат да бидат релевантни за развојот на детето (развојно поттикнувачки). Како на пример, образованието или особините на личност на родителот, педагошки, па и идеалшките ставови на наставникот, воспитувањето на другарчињата со кои се дружи, социоекономскиот статус на семејството итн. Најважен дел од микросистемот, семејството претставува непосреден дел од развојот на детето и основен систем на поддршка (Bronfenbrenner, 1994).

Во Бронфенбренер-овиот еколошки модел мезосистемот го чинат меѓусебните односи измеѓу елементите на микросистемот. Тој, на пример, го вклучува односот на родителите со воспитувачите и наставниците на нивните деца или односот на браќата и сестрите на децата со кои се дружат. Воопштено зборувајќи, што повеќе подсистемите се меѓусебно поврзани, развојот на детето ќе има јасна и доследна поддршка. Егзосистемот е социјалното опкружување кое влијае на детето и неговиот развој, иако тоа во него

непосредно не учествува. Овој трети слој на контекст вклучува, на пример локална власт, вработувањето на родителите, социјалната служба, масовните медиуми итн. Значењето на ова широко опкружување во кое децата живеат, а кое е поврзано со социо-економскиот статус на семејството, најдобро зборува дека различните еколошки системи се меѓусебно поврзани и дека само условно можат да се одвојат. Исто така е утврдено дека силната социјална мрежа, која ја сочинуваат роднини и пријатели на родителите, како и социјалните служби, можат значајно да ги намалат негативните последици на неповолните развојни услови во споменатите средини. И последниот, најширок контекст на развој го чини макросистемот, кој ја опфаќа културата и субкултурата во која детето живее. Овој систем на развојот влијае преку особен систем на вредности и ставови карактеристични за дадена култура, како и на нив засновани норми и обрасци на однесување (Bronfenbrenner, 1994).

2.2 Социјална поддршка

Литературата за социјалната поддршка е голема, што се огледува во повеќе од 33 000 изданија во PsihoINFO и повеќе од 45 000 во Medline. Таа е распространета во широк спектар на дисциплини, вклучувајќи ја психологијата, психијатријата, медицината, социјалната работа, социологијата и комуникацијата (Lakey & Orehek, 2011).

Според Lakey и Orehek, (2011) социјалната поддршка е важен конструкт бидејќи е поврзан со широк спектар на здравствени исходи, вклучувајќи го менталното Barrera (1986); Cohen и Wills (1985) и физичко здравје Uchino (2004; 2009). Перцепцијата дека семејството и пријателите ќе пружат ефикасна помош во време на стрес (т.е социјална поддршка) е доследно поврзано со доброто ментално здравје, вклучувајќи ниски стапки на голема депресија (Lakey & Cronin 2008; според Lakey & Orehek, 2011).

Социјалната поддршка се дефинира како информација која го води субјектот да верува дека е згрижен, сакан, уважен, и е член на мрежата на взаемни обврски. Изгледа дека социјалната поддршка може да ги заштити луѓето од кризи од широк спектар на патолошки состојби од ниска породилна тежина до смрт, од артритис до туберкулоза до депресија, алкохолизам и синдром на социјален крах (Cobb, 1976).

Cohen и Wills (1985) направиле разлика помеѓу социјалната поддршка како намалувач на стресот и главен ефект. Stress buffering или намалување на стресот настанува кога социјалната поддршка ги штити луѓето од лошите ефекти на стресот. Доказ за Stress

buffering е врската помеѓу животниот стрес и лошото ментално здравје кое е поизразено кај луѓето со ниска социјална поддршка, отколку луѓето со висока социјална поддршка. Клучната идеја е дека социјалната поддршка во отсуство на стрес не е поврзана со менталното здравје. Главниот ефект се јавува кога луѓето со висока социјална поддршка имаат подобро ментално здравје од тие со ниска социјална поддршка, без оглед на нивото на стрес.

Според Lakey и Orehek (2011), теоријата за Stress buffering е темелно развиена и доминирала во истражувањата за социјална поддршка. Скоро сите истражувања за социјалната поддршка трагнуваат од оваа теорија, за нејзин развој придонеле голем број на научници. Но, иако таа доминирала во општествените истражувања, теоријата има значајни емпириски ограничувања. Најголем критичен проблем кај Stress buffering е тоа што се набљудува само непостојано, споредено со лесното повторување на главниот ефект помеѓу перцепцијата на поддршка и менталното здравје. На пример во Lakey и Cronin (2008) сеопфатен преглед на студии за социјална поддршка и високо депресивно нарушување, скоро сите студии пронашле главен ефект, а само правобитната Brown и Harris (1978) студија известува за коезистентен доказ за Stress buffering (според Lakey & Orehek, 2011). Така се развила релациско регулаторната теорија која го објаснува главниот ефект помеѓу перцепираната социјална поддршка и менталното здравје (Lakey & Orehek, 2011).

Во изминатите 30 години истражувањата се повикувале на механизмите низ кои социјалните врски и социјалната поддршка ја подобруваат физичката и психичката благосостојба, директно или како стрес ублажувач. Thoits опишал седум можни механизми: социјално влијание/социјална споредба, социјална контрола, улога-базирана на цел и значење, самодоверба, чувство на контрола, припадност и другарство, и перцепција на достапност на поддршка. Ублажување на стресот или stress buffering процесот е исто така дел од овие механизми. Овој автор тврди дека постојат два широки вида на поддршка: емоционално издржување и активна преживувачка помош, и две широки категории на поддржувачи: значајни други луѓе и искусствено слични луѓе, кои се специјализирани за снадбување со различни видови на поддршка. Емоционалното поткрепувачко однесување и инструменталната помош од значајни други луѓе и емпатијата, активната преживувачка помош, и улогата на примери од слични други луѓе

треба да бидат најефикасни во ублажувањето на физичките и емоционалните влијанија на стресорите (Thoits, 2011).

Wills (1991) поддршката ја дефинира како перцепција или искуство дека еден го сака и се грижи за друг, цени и вреднува и е дел од социјалната мрежа земајќи помош и обврски (според Taylor, 2011). Социјалната поддршка може да дојде од партнерите, роднините, пријателите, соработниците, социјалните и општествените врски, па дури и од милениците (Allen, Blascovich & Mendes 2002; според Taylor, 2011).

Според Dobrotić и Laklija (2012), литературата: Antonucci (1985), Thoits (1982), Wellman и Wortley (1989) и Sarafino (2002), нудат разни категории на социјална поддршка, каде најчесто се среќаваат емоционалната, инструменталната и советодавната поддршка. Емоционалната поддршка се дефинира како израз на морална потпора, разбирање на чувствата т.е емпатија за друга личност од поединецот или околината. Материјалната или инструменталната поддршка пружа на поединецот потпора во облик на услуга или материјално добро. Советодавната поддршка вклучува давање на совети, упатства, предлози или повратни информации за делувањето на поединецот.

Според Krstić, (2013) генерално можеме да разликуваме три нивоа на социјална поддршка:

- примарното семејство, блиски пријатели и роднини,
- соседи, познаници, далечни роднини,
- професионална помош (организации, сервиси), духовна поддршка (црква).

Истражувањата за ефектот на социјалната поддршка за семејниот стрес, можат да се групираат во две групи а) истражувања за ефектот на формалната поддршка и б) истражувања за ефектот на неформалната поддршка (Boyd, 2002). Bristol и Schopler (1983) ја дефинирале формалната поддршка како помош која е социјална, психолошка, физичка или финансиска и е пружена било бесплатно или за замена за надоместок преку групи и агенции. Тие ја дефинирале неформалната поддршка како мрежа која може да ја вклучи непосредната и пошироката фамилија, пријатели, соседи и други родители на деца со пречки во развојот (според Boyd, 2002).

Според Boyd (2002), Bristol (1984) го проучувал психосоцијалното окружување на семејствата на деца со аутизам, да се утврди кои семејни карактеристики би помогнале за адаптација и изборот со детето. 45 мајки се опфатени со Division TEACCH, широко

државна програма за лица со аутизам во Северна Каролина. Во студијата, 27 од 45 деца имале формална дијагноза аутизам, а 18 имале значајни проблеми во однесувањето или комуникацијата. Студијата покажала дека мајките во ниско стресната група покажуваат поголема перцепирана поддршка. Исто така покажала дека за сите мајки најважни извори на поддршка кои довеле до намалено ниво на стрес биле сопругниците, роднините на мајката, и други родители на деца со пречки во развојот. Мајките кои доживувале поголема поддршка исто така покажале значајно пониски симптоми на депресија и посреќни бракови. Според Boyd (2002), Peck (1998) го оценува ефектот на мултикомпонентната интервенција за семејствата со деца со аутизам која е дизајнирана да го намали стресот во семејството. Интервентната програма се применува во семејниот системски модел и таргетира три цели, да се зголеми кај семејствата: а) стручното знаење за аутизам, б) знаењето за стрес и механизмите за справување со стресот и в) свеста за поддршка и залагањата за социјална поддршка. 19 родители на деца со аутизам од 2 до 6 години биле вклучени во програмата за интервенција. Меѓутоа само 9 родители кои ја завршиле и покажале најмногу податоци биле вклучени во првата група. Резултатите покажале дека родителите покажале само скромна незначајност во зголемување на знаењето, а интервенцијата е уште помалку успешна во зголемувањето на знаењата за управување со стресот. Иако повеќето родители покажале позитивни искуства од присуството на групи за поддршка на родители, кои подразбираат запознавање на други родители на деца со аутизам, разговор за заедничките проблеми, и зголемување на поддржувачките мрежи. Bristol (1984) нашол слични наоди во врска со групите за родителска поддршка во неговата студија за потребата од поддршка (според Boyd, 2002).

Истражувањата покажале врска помеѓу нивото на социјална поддршка и адаптацијата на стрес (Hanson & Hanline 1990; според Krstić, 2013).

Се покажало дека социјалната поддршка го моделира односот помеѓу функционирањето на детето и мајчинската депресија. Односно се покажало дека мајките на високо функционирачките деца доживуваат повеќе дистрес во однос на мајките на тешко функционирачките деца кога ќе проценат дека имаа ниско ниво на социјална поддршка (Manuel и сор., 2003; според Krstić, 2013).

Родителите кои веруваат дека им е достапна адекватна финасиска, социјална и емоционална поддршка, и кои имаат позитивна интеракција со членовите на својата

социјална мрежа чувствуваат помал родителски стрес и поудобно им е во родителската улога за разлика од родителите кои имаат голема мрежа која не им е од помош (Wanamaker и Glenwick 1998; според Krstić, 2013).

Раѓањето на дете може да игра голема улога во менталната состојба на родителите и покрај тоа што се смета за мил настан, тоа може драматично да ја загрози менталната состојба на родителите. Во ова истражување се проучувала врската помеѓу социјалната поддршка, брачната сатисфакција и депресијата кај парови по раѓањето на првото дете. Примерокот се состоел од 75 парови на родители, кои одговориле на едибурговата постнатална депресивна скала, брачно задоволство (ENRICH) и мултидеминзионална скала за перцепирана социјална поддршка. Резултатите покажале дека постои значителна и инверзна врска помеѓу социјалната поддршка и депресијата кај мажите и жените после породување. Исто така и значајна поврзаност помеѓу задоволството и депресијата кај мажите и жените по породување. Се заклучува дека несоодветната социјална поддршка и ниското брачно задоволство може да се стави во ризик од појава на поспартална депресија (Hoseini и соp., 2015).

Малку растројства кај децата предизвикуваат голема промена во добрувањето кај семејството како аутизмот. Gray и Holden (1992) опишале четири примарни проблеми со кои се справуваат родителите. Прво, затоа што аутизмот е ретко нарушување (денес податоците го тврдат сосема спротивното), добивањето на точна дијагноза често е колминација на долг и продолжен период на евалуација. Второ, однесувањето на децата со аутизам често е многу тешко да се управува, вклучувајќи ги нападите на бес, опсесивните интересирања и во некои случаи и самоповредувањето. Трето, разбирањето на јавноста и толеранцијата на аберантното однесување на лицата со аутизам е ниско. Како резултат на тоа, семејствата често можат да бидат социјално изолирани и невклучени во социјалните случувања. Четврто, нема лек за аутизмот и третманот и интервенцијата подразбираат огромна инвестиција на време, енергија трпеливост дел од родителите, другите од семејството, пријателите и професионалци (според Seltzer и соp., 2001).

Постојат три главни теми во литературата за влијанието кое детето со аутизам го има врз семејството. Прво, истражувањата покажале дека споредбата на родителите на деца со други развојни недостатоци, родителите на деца со аутизам искусуваат повеќе стрес, депресија, анксиозност и други негативни исходи за менталното здравје. Второ,

последниците за едно семејство да има аутистичен член се сеопфатни и трајни, и таквите последици траат од детството до адолесценција. Трето, социјалната поддршка користи специфични преживувачки стратегии кои можат да го подобрат или ублажат големината на стресот во таквите семејства (Seltzer и сор., 2001).

2.3 Депресивност

Депресијата е често ментално растројство кое го карактеризираат депресивно расположение, губење на интересот или задоволството, намалена енергија, чувство на вина или недоволна вредност, растројство на сонот или апетитот и лоша концентрација. Покрај тоа, депресијата е често пратена со симптоми на анксиозност. Овие проблеми можат да станат хронични или да се повторуваат, и сериозно да ја нарушат способноста на поединецот да ги извршува своите секојдневни обврски. Во најтежок облик, може да доведе до самоубиство. На годишно ниво, скоро милион животи се гасат заради самоубиство, што во превод значи дека дневно 3000 луѓе извршуваат самоубиство. На секое лице кое извршува самоубиство доаѓа 20 или повеќе лица кои направиле обид за самоубиство (WHO 2012; според Marcus и сор., 2012). Иако депресијата е водечка причина за неспособност и кај мажите и кај жените, теретот на депресијата е за 50% поголем кај жените отколку кај мажите (WHO 2008; според Marcus и сор., 2012).

Различни луѓе различно ја доживуваат депресијата, но сепак можат да се издвојат симптоми кои се карактеристични. Депресијата е болест на расположението која го зафаќа и телото и мислите. Најлесно се препознава низ основните симптоми, а најзначајно е дека е потребно да траат најмалку две недели или повеќе. Исто така таа може да биде блага, умерена, тешка и тешка со психотичи елементи. Причините за депресија се многу фактори кои заедно кај различни личност и во различни односи придизвикуваат депресија. Во овие фактори спаѓаат генетската конструкција (некои личности се склони на депресивни рекации), психолошкиот развој и структура на личноста која се формира во контекст на семејството и општеството, и подразбира постигната степен на зрелост, адекватност на его механизмите на одбрана итн. Потоа тука се и бројни социјални фактори како што се губење на блиска личност, губење на социјална сигурност, стрес, природни катастрофи, телесни болести, општествени промени и несигурности итн. Сите овие фактори заедно

придонесуваат нарушување на невротрансмитерите во мозокот, што резултира со појава на депресија (Bibić, 2009).

Важно е да се направи разлика помеѓу депресивност и депресија. Депресијата е болест која е опишана во дијагностичкиот прирачник на WHO и се лекува. Депресивноста е само состојба, а не болест. Тоа е состојба на намалена психофизичка активност во која преовладува чувството на тага, безволност, обезхрабреност и отежнато размислување. Во ова истражување предмет на интерес ќе биде депресивноста.

Според Чадловски (2006) депресивното расположение е квантитативно растројство на емоциите, и е состојба на смалено расположение кое најчесто е проследено со безволност и со безиницијалност. Личноста се чувствува тажно, нема волја за живот, губи апетит, го обземаат депресивни и налудничави мисли.

Покрај вобичаените барања кои родителството ги наметнува, семејствата кои растат дете со пречки во развојот или хронична болест се наоѓаат пред низа на дополнителни, специфични задачи поради неговата специфична здравствена состојба. Родителите исто така доживуваат психолошки стрес и разочарување бидејќи нивните надежи се насочени на добивање здраво потомство (Barnett и сор., 2003; според Krstić, 2013). Зголемениот стрес причинет од грижата за дете со пречки во развојот кај родителите го зголемува ризикот за депресија (Olsson и Hwang 2001; според Krstić, 2013).

Holroyd и McArthur (1976), според Seltzer и сор. (2001) биле меѓу првите истражувачи кои го споредувале нивото на стрес кај мајките на мали деца со аутизам, Даун синдром и други клинички групи. Врз основа на примерок од 22 мајки на деца со аутизам, 22 мајки на деца со Даун синдром и 32 мајки на деца со останати клинички слики (некои имале ментална ретардација), тие нашле дека мајките на деца со аутизам покажале значајно повисок скор од другите две групи на различни индекси на родителски стрес. Конкретно, мајките на деца со аутизам пројавиле поголемо ниво на стрес од мајките на деца со Даун синдром, се однесува на постоење на поголема вознемиреност и разочараност од нивните деца, повеќе се грижат за ефектот на детето на останатото семејство и повеќе се загрижени за добивање на одговарачка услуга. Овие наоди ги потврдуваат и Vouma и Schweitzer (1990), кои нашле високо ниво на стрес меѓу мајките на деца со аутизам споредено со мајките на деца со цистична фиброза и деца со типичен развој (според Seltzer и сор., 2001). Kasari и Sigman (1997), нашле дека родителите на деца со аутизам почесто доживуваат

дека нивното дете има тежок темперамент од родителите на деца со ментална ретардација или родители на деца со типичен развој (според Seltzer и соp., 2001).

2.4 Локус на контрола

Julian Rotter еден од највлијателните во историјата на бихејвиористичката психологија, предложил дека поединците разликуваат различни места каде се поставува одговорноста за тоа што се случува.

Кога се зголемува перцепцијата на субјектот, дека случувањата независат целосно од неговата акција, тогаш тоа се доживува како резултат на: среќа, судбина, дека е под контрола на моќни луѓе или како непредвидливост поради големата сложеност на моќта на тоа опкружување. Кога случувањата се интерпретираат на овој начин од индивидуата, ова верување се нарекува верување во надворешна контрола т.е надворешен локус на контрола. Ако личноста го доживува случувањето зависно од своето однесување или неговите релативно постојани карактеристики, тоа верување е внатрешен локус на контрола (Rotter, 1966).

Локусот на контрола е доста испитувана и мерена варијабла, која ги предиктира нивото на среќа и депресивност кај испитаниците. Внатрешниот локус на контрола наспроти надворешниот, е карактеристика на психички зрели и цврсти личности со висока самопочит кои точно ја лоцираат причината на проблемот и се конструктивни и ефикасни во негово решавање. Надворешниот локус на контрола често се поврзува со ниска самопочит, анксиозност, депресија итн.

Направена студија во која се истражувало влијанието на локусот на контрола, психолошка теорија на социјално учење која е доста истражувана во нејзината импликација на лидерските квалитети, и нивото на среќа кај поединците. Испитаниците потполниле прашалници за нивните локуси на контрола и нивото на среќа. Резултатите покажале дека максимално ниво на среќа се постигнува кај поединците со избалансиран локус на контрола т.е мешан или алтернативно познат како bi-local очекувања (April, Dharani и Peters, 2012).

Со користење на позитивната психолошка теорија на Ryff како концептуална рамка на ова истражување, се фокусираше на менталното здравје и благосостојба за да се истражува степенот до кој менталното здравје може да се одреди со особини на личноста

и демографските фактори, во Нова Шкотска кај млади и млади возрасни. Во оваа теорија се опфатени сите критични функции на благосостојба со преземање на придобивките од различни развојни личносни и клинички теории. Теоријата на Ryff опфаќа шест димензии вклучително и цел во животот, самоприфаќање, позитивни релации со другите, автономија, усоврашување на животната средина и личен развој. Истражувањето го проучува односот меѓу компонентите на менталното здравје и локусот на контрола. Испитаниците одговориле на скалата на Ротер за локус на контрола, психолошка благосостојба на Ryff и демографски прашалник. Статистичката анализа на податоци покажала дека има позитивна линеарна поврзаност помеѓу внатрешниот локус на контрола и сите шест компоненти на благосостојба. Односно поединците кои имаат внатрешен локус на контрола се со повисоко ниво на ментално здравје (Shojaee & French, 2014).

Во оваа студија испитана се психосоцијалната пречка- надворешен локус на контрола и фасилитатор- социјална поддршка во посттрауматски стрес и депресивни симптоми асоцијацијата. Направен е напречен пресек студија со 701 испитаник од 18 до 30 години. Испитаниците дале самоизвештај на општи-демографски информации, како и информации кои вклучуваат варијабли од CES-D-10, чувството на контрола (надворешен и вантрешен локус на контрола), кратка скрининг скала за DSM-IV посттрауматски стресни нарушувања и мерки за социјална поддршка. Поголем дел од испитаниците биле жени (76 %, n=534). Надворешниот локус на контрола делумно посредува во врската помеѓу посттрауматскиот стрес и депресивни симптоми, надворешниот локус на контрола повеќе посредува од социјалната поддршка во посттрауматскиот стрес-депресивни симптоми асоцијација (Seixas и сор., 2015).

II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Предмет на истражувањето

Предмет на ова истражување е депресивноста и социјалната поддршка, како и локусот на контрола кај мајки на деца со и без аутизам и други развојни нарушувања. И споредба на степенот на аутистична симптоматологија кај детето со степенот на депресивност кај мајката.

2. Цел на истражувањето

Целта на истражувањето за овој магистерски труд е да се утврди степенот на депресивност, социјална поддршка и локус на контрола кај мајки на деца со аутистичен спектар на нарушување (АСН), мајки на деца со други развојни нарушувања (ДРН) и мајки на деца со типичен развој (ТР). Споредба и утврдување на разлики помеѓу мајките за овие варијабли и дали изразеноста на аутистичната симптоматологија прави разлика во степенот на депресивност кај мајките.

3. Задачи на истражувањето

- Да се види дали социјалната поддршка и внатрешниот локус на контрола се поврзани со депресивноста кај мајките на деца со аутизам.
- Дали оваа категорија на мајки покажуваат повисок степен на депресивност споредено со мајки на деца со други развојни нарушувања и мајки на развојно типични деца.
- Дали степенот на аутистична симптоматологија кај децата го зголемува степенот на депресивност кај мајките.

4. Хипотези на истражувањето

H1 Мајките на деца со аутизам кои перцепираат поголема социјална поддршка имаат понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои перципираат помала социјална поддршка.

H2 Мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола имаат понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен локус на контрола.

H3 Мајките на деца со аутизам со поизразена симптоматологија имаат повисок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам со помалку изразена симптоматологија.

H4 Мајките на деца со аутизам имаат повисок степен на депресивност од мајките на деца со други развојни нарушувања и од мајките на развојно типични деца.

H5 Постојат разлики во перцепираната социјална поддршка помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на развојно типични деца.

H6 Постојат разлики во локусот на контрола помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на развојно типични деца.

5. Варијабли на истражувањето

- Родител (мајка) (квалитативна варијабла) со категориите: мајки на деца со аутизам, мајки на деца со други развојни нарушувања и мајки на деца со типичен развој.
- Социјална поддршка (квантитативна варијабла) ќе биде мерена (на интервална скала) со инструментот FSS (прилог, 1) и поголем скор значи перцепирање на поголем степен на социјална поддршка.
- Депресивност (квантитативна варијабла) ќе биде мерена (на интервална скала) со инструментот Cesd (прилог, 2), каде повисок скор значи повисок степен на депресивност.
- Аутистична симптоматологија (квантитативна варијабла) ќе биде мерена (на интервална скала) со инструментот CARS (прилог, 3) повисок скор значи поизразена симптоматологија.
- Локус на контрола (квантитативна варијабла) ќе биде мерена (на интервална скала) со инструмент LOC (прилог, 4) повисок скор ќе значи посилен внатрешен локус на контрола, а понисок скор ќе значи посилен надворешен локус на контрола.

6. Методи, техники и инструменти на истражувањето

Методи:

- дескриптивен метод,
- диференцијален метод,

Техники:

- тестирање
- анкета

Инструменти:

- FSS (прилог, 1) скалата е развиена за мерење на социјалната поддршка (Dunst, Trivette & Jenkins 1984). FSS е дизајнирана за мерење на корисноста на разни извори на поддршка, достапноста за семејствата што растат деца. Изворите на социјална поддршка се мерат со FSS вклучувајќи ги пријателите, семејството, социјалните групи, професионалните агенции и сервисните провајдери. Скалата се состои од 18 ајтеми за формални и не формални поддржувачи, и бара од учесниците да одговорат за степенот на корист т.е помош на Ликертова скала од 5 степен од „ни најмалку од помош,, до „екстремно од помош,,. Додатните два ајтема (19 и 20) пружаат можност испитаниците да додадат други форми на поддршка. Ако изворот на поддршка не е достапен за испитаникот се избира опцијата „недостапен,,. Високиот скор на FSS подразбира голема количина на социјална поддршка, оваа скала е развиена да го проценува нивото на социјална поддршка кај родителите што имаат деца со пречки во развојот, кронбах-алфа коефициентот изнесува 0,77 (Dunst и сор., 1984; според Littlewood и сор., 2012). Кронбах-алфа коефициентот во ова истражување за оваа скала изнесува 0,847. Оваа скала со дозвола на Winterberry Press е преведена и адаптирана од авторката на овој труд.
- Cesd-2 (прилог, 2) скалата е дизајнирана со 20 ајтеми и е самоизвестувачки тест кој ги мери депресивните симптоми. Овој тест е еден од најчесто користените за мерење на депресивни симптоми во општа популација и има добри метрички карактеристики. Испитаниците одговараат за своето расположение во текот на минатата недела избирајќи ги следните опции: помалку од 1 ден; 1 до 2 дена; 3 до 4 дена и 5 до 7 дена. Резултат од 16 или повеќе поени се смета за евентуално клинички значајна депресија. Алфа-кронбах коефициентот изнесува 0,84 и тест-ретест релијабилност од 0,49 (за 12 месеци) и 0,67 (за 4 недели) (Radloff, 1977). Кронбах-алфа коефициентот во ова истражување за оваа скала изнесува 0,888. Преводот и адаптацијата на оваа скала ги направи авторката на овој труд.
- CARS (прилог, 3) или скала за утврдување на степенот на аутистично нарушување, била развиена да помогне во скринингот на аутизам во едукативниот програм TEACCH во Северна Каролина. Оваа скала е користена од клиничарите и

истражувачите и им овозможува да ги проценат карактеристиките на аутизмот. Се покажала можне ефикасна во надминувањето на ограничувањата на постоечките системи за класификација и овозможува групирање на децата со аутизам во: благ, умерен и тежок облик на нарушување. Таа се спроведува употребувајќи директно набљудување на детето и вклучува 15 субскали кои се рангирани од нормално до тешко ненормално однесување. Еден бод укажува дека однесувањето е во рамките на нормални граници, 2 бода за благо ненормално однесување, 3 бода за умерено ненормално и 4 бода за тешко ненормално однесување. Ако испитаникот има збир на бодови над 30, тоа значи дека тој има аутизам (Schopler, Reichler, Rochen-Renner, 1980; според Трајковски, 2011). Кронбах-алфа коефициентот во ова истражување за оваа скала изнесува 0,888. Преводот на оваа скала беше преземен од Трајковски (2011).

- LOC скалата ја развила Pettijohn, таа има 20 ајтеми (точно/неточно) (прилог, 4) кој се базира на оригиналниот концепт на Ротер за локус на контрола. Тестот се оценува со 0 или 5 поени, максималниот број на поени е 100 и 0 освоени поени значи многу силен надворешен локус на контрола, а 100 поени многу силен внатрешен локус на контрола. Кронбах-алфа коефициентот за оваа скала изнесува 0,43 (Pettijohn II, Pettijohn & Sacco, 2005). Кронбах-алфа коефициентот во ова истражување за оваа скала изнесува 0,422. Преводот и адаптацијата ги направи аторката на овој труд.
- Демографски прашалник креиран за потребите на ова истражување. Првиот дел се состои од општи податоци и е наменет за мајките од сите три примероци, како: возраст, националност, брачен статус, образование, вработеност и вкупен приход на домаќинството. Додека пак вториот дел кој е наменет за примероците мајки со аутизам и мајки на деца со други развојни пречки, има за цел да добие информации за детето, како: пол, датум на раѓање, националност, дијагноза и времето кога е добиена, возраста на детето кога ја добило дијагнозата, и кој ја поставил дијагнозата.

7. Популација и примерок

Три популации: мајки на деца со аутизам, мајки на деца со други развојни нарушувања и мајки на деца со типичен развој. Ова истражување беа земени пригодни примероци од по 40 мајки т.е 40 мајки на деца со дијагностициран аутизам, 40 мајки на деца со други развојни нарушувања (интелектуална попреченост и Даун синдром) и 40 мајки на деца со типичен развој.

8. Статистичка обработка на податоците

Добиените податоци од истражувањето беа групирани, табелирани и графички прикажани. Статистичката обработка и анализа беше извршена со статистичкиот софтвер SPSS 21. Резултатите беа прикажани како апсолутни броеви и проценти и преку дистрибуција на фреквенција. Тестирањето на хипотезите 1, 2 и 3 беше направено со t-тест за значајност на разлики за големи и независни примероци. Тестирањето на хипотезите 4, 5 и 6 беше направено со едноставна еднонасочна АНОВА (F-тест). Истите беа тестирани на ниво на значајност $p < 0,05$. Исто така на добиените резултати од сите четири предвидени инструменти беше пресметан кронбах-алфа коефициент.

9. Организација и тек на истражувањето

По дефинирањето на проблемот на истражувањето, се изработи план за текот на теренскиот дел од истражувањето. Потоа се пристапи кон обезбедување на контакти и одобрување на пристап од целните институции. Истражувањето на терен траеше од јуни 2015 до крајот на октомври 2015. Со најголемиот дел од испитаниците во контакт се стапи со помош на приватни дефектолози и логопеди кои работат со нивните деца. А со останатиот дел во контакт се стапи преку официјалните институции:

- ПОУ „Златан Сремец“ – Скопје
- НВО „Ластовица“ - Скопје
- Дневен центар во населба Железара
- Дневен центар во општина Делчево

По завршувањето на теренскиот дел се премина на обработка на добиените резултати и тестирање на поставените хипотези. Речиси паралелно се одвивање и теоретското истражување за финализирање на теоретскиот дел од овој труд. За таа цел беше искористена домашна и странска литература, разни научни списанија, веб-страници, електронски книги, публикации и останати интернет извори.

Извештајот за добиените резултати од ова истражување т.е анализа, тестирањето на поставените хипотези, дискусијата и заклучоците следуваат во наредните поглавја на овој магистерски труд.

III. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ

1. Демографска анализа на испитуваните групи

Во ова истражување се опфатени три групи на испитаници и тоа: мајки на деца со аутизам, мајки на деца со други развојни нарушувања и мајки на деца со типичен развој. Од секоја популација по 40 мајки или вкупно примерок од 120 мајки.

Секоја мајка потполни прашалник за демографски податоци за себе, а мајките на деца со аутизам и со други развојни нарушувања и демографски прашалник за детето. Во делот што следува се прави обработка и детално разгледување на тие податоци.

1.1. Општи податоци за мајките

Во однос на возраста во групата на мајки со аутизам, просечната возраст изнесува $M=40,47$ и стандардно отстапување $\sigma=5,63$. Притоа во оваа група најмладата мајка имаше 30 години, а највозрасната 58 години.

Кај мајките на деца со други развојни нарушувања просечната возраст изнесуваше $M=42,5$ и стандардно отстапување $\sigma=5,03$. Најмладата мајка овде имаше 33, додека највозрасната 56 години.

И кај мајките на децата со типичен развој просечната возраст изнесуваше $M=33,5$ и стандардно отстапување $\sigma=3,89$. Притоа најмладата мајка имаше 26 години, а највозрасната 40 години.

Овие податоци се прикажани во Табела 1.

Табела 1. Возраст на мајките

	N	M	σ	Min	Max
Мајки на деца со АСН	40	40,47	5,63	30	58
Мајки на деца со ДРН	40	42,5	5,03	33	56
Мајки на деца со ТР	40	33,5	3,89	26	40

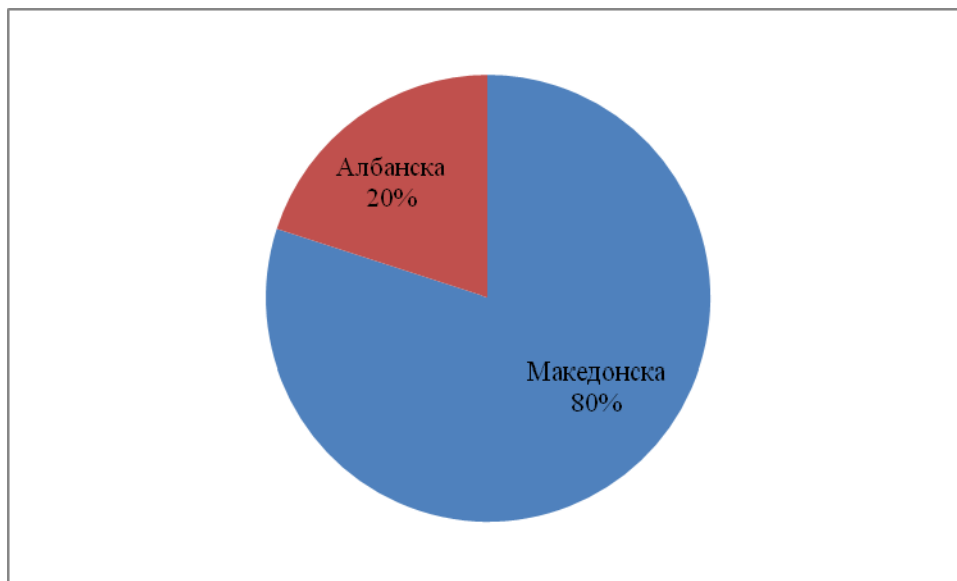
Во групата на мајки на деца со АСН според националната припадност од 40 мајки 8 се од албанска, 32 од македонска националност.

Во групата на мајки на деца со ДРН според националната припадност од 40 мајки 6 се од албанска, 6 од ромска и 28 од македонска националност.

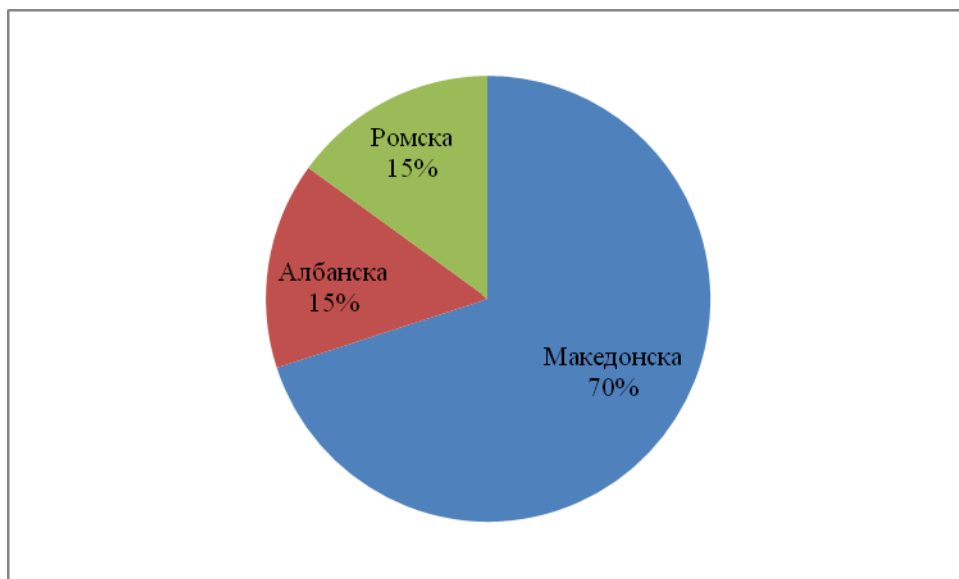
Додека во во групата на мајки на деца со ТР сите мајки беа од македонска национална припадност.

Изразено во проценти во групата на мајки на деца со АСН, 80% се Македонки додека 20% се Албанки. Во групата на мајки на деца со ДРН, 15% се Албанки, 15% се Ромки и 70% се Македонки. И во групата на мајки на деца со ТР, 100% Македонки.

Во делот што следува оваа процентуална распределеност е и графички прикажана.



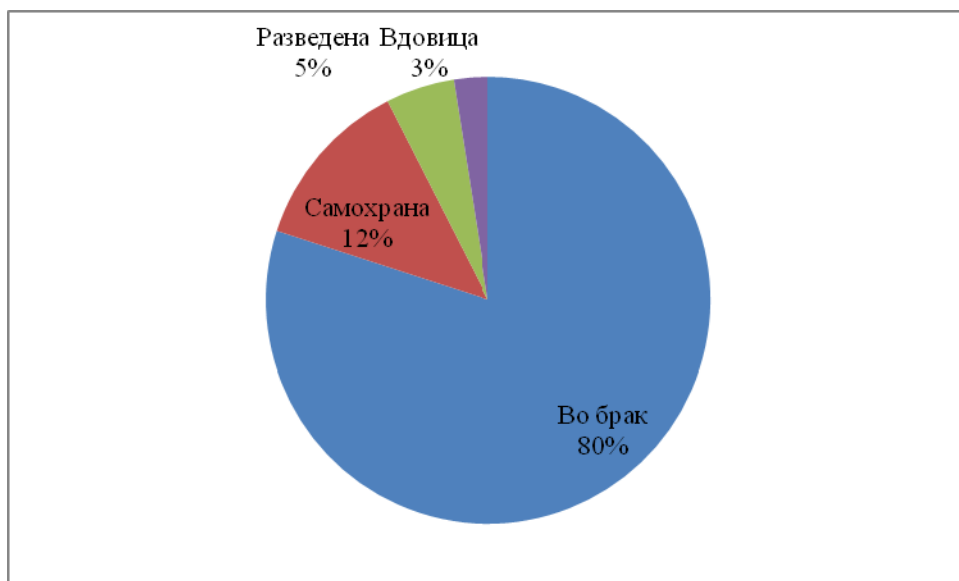
Слика 1. Националната припадност во групата на мајки на деца со АСН



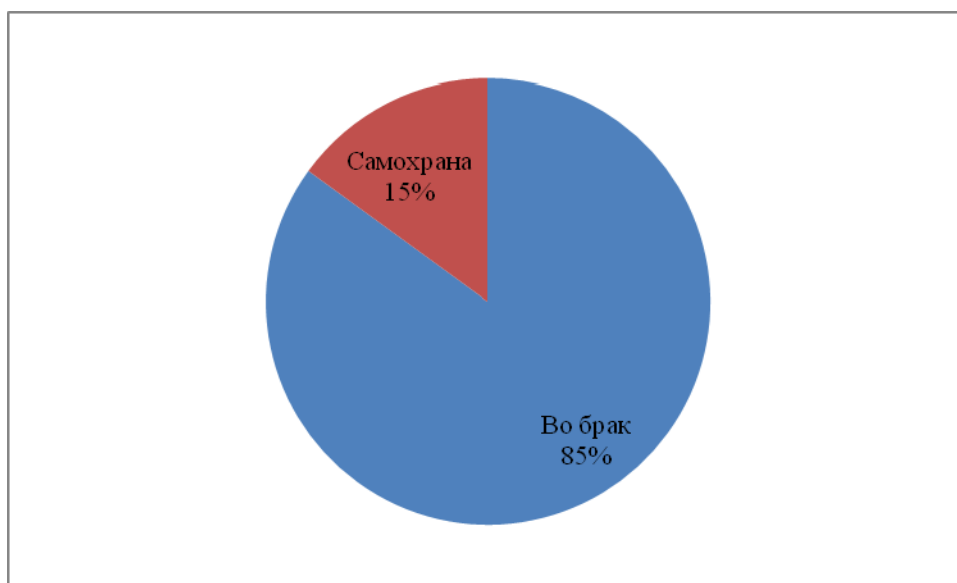
Слика 2. Националната припадност во групата на мајки на деца со ДРН

Во однос на брачниот статус во групата на мајки на деца со АСН, 5 се изјасниле како самохрани мајки, 2 разведени, 1 вдовица и 32 во брак.

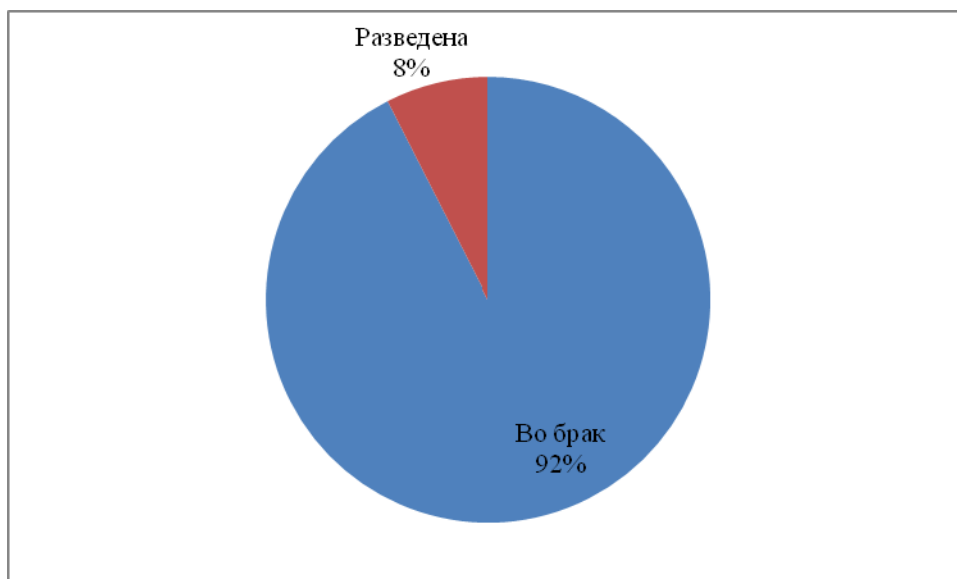
Во групата на мајки на деца со ДРН, 6 самохрани и 34 во брак. И во групата на мајки на деца со ТР 3 разведени и 37 во брак. Графичкиот приказ на распределеноста на оваа карактеристика е прикажана во наредните слики.



Слика 3. Брачен статус на групата на мајки на деца со АСН



Слика 4. Брачен статус на групата на мајки на деца со ДРН

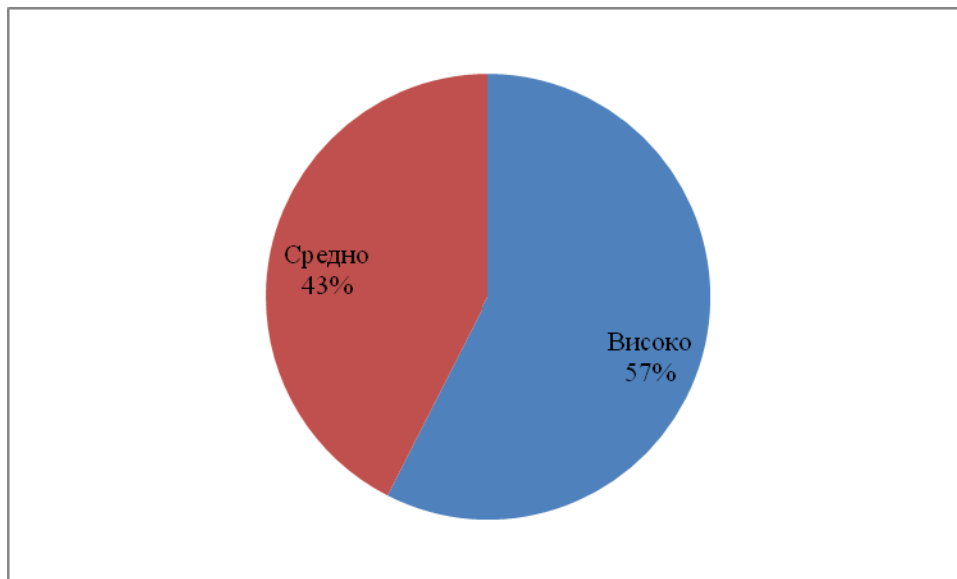


Слика 5. Брачен статус на групата на мајки на деца со TP

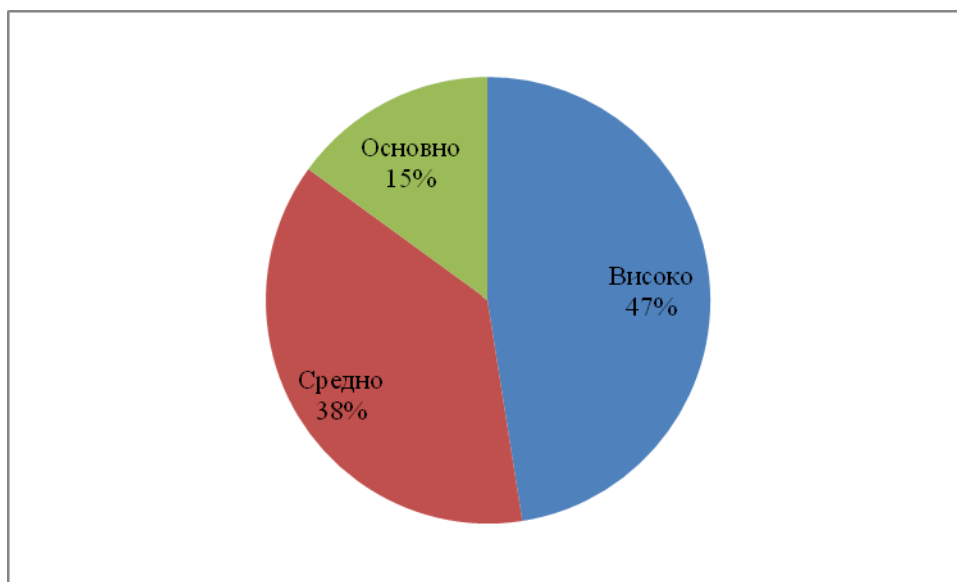
Во однос на степенот на образование во групата на мајки на деца со АСН, 17 се со средно додека 23 со високо образование.

Во групата на мајки на деца со ДРН, 6 се со основно, 15 со средно и 19 со високо образование.

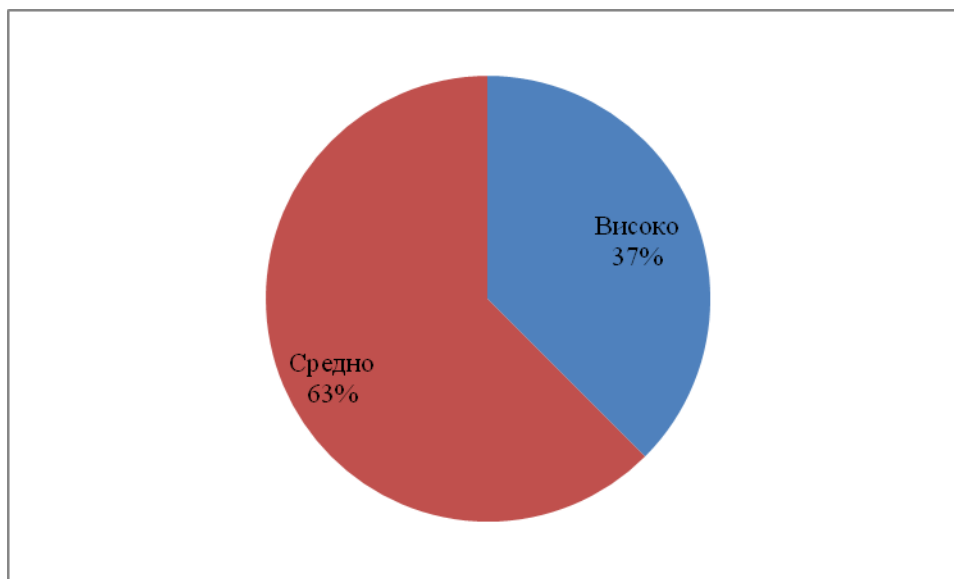
Додека во групата на мајки на деца со ТР, 25 се со средно и 15 со високо.



Слика 6. Образовно ниво во групата на мајки на деца со АСН



Слика 7. Образовно ниво во групата на мајки на деца со ДРН



Слика 8. Образовно ниво во групата на мајки на деца со ТР

Во однос на прашањето за вкупен приход во домаќинството, во групата на мајки на деца со АСН одговорија 31 мајка и просечното примање изнесува $M=34.532$ денари. Притоа најмалото примање изнесува 11.000 денари, а најголемото 90.000 денари.

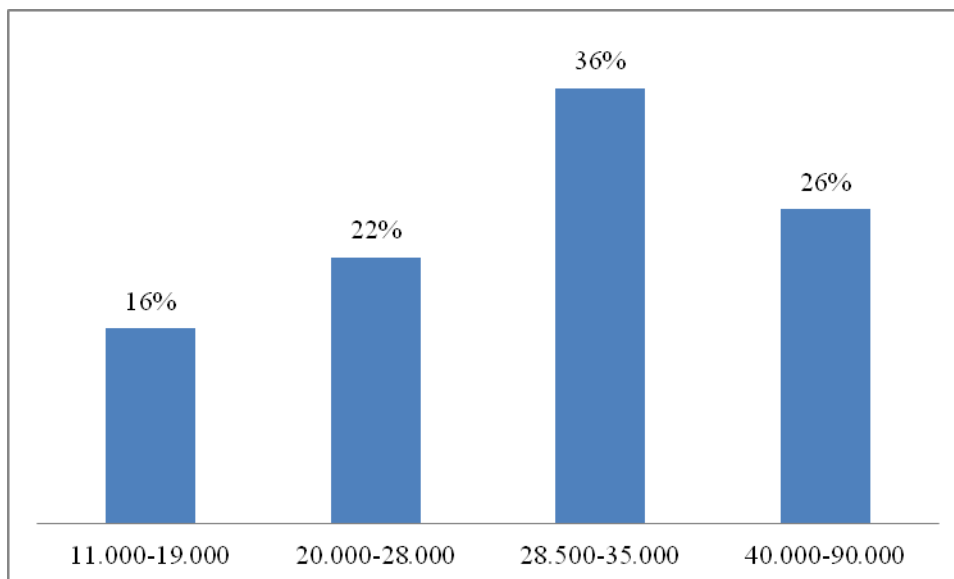
Во групата на мајки на деца со ДРН, одговорија 33 мајка и притоа просечно примањето изнесува $M=29.863$. Притоа најмалото примање изнесува 13.000 денари, а најголемото 60.000 денари.

И во групата на мајки на деца со ТР, одговорија 30 мајки и просечно примањето изнесува $M=18.966$ денари, најмалото примање изнесува 11.500 денари а најголемото 30.000 денари.

Понатаму следува табеларен приказ на овие податоци.

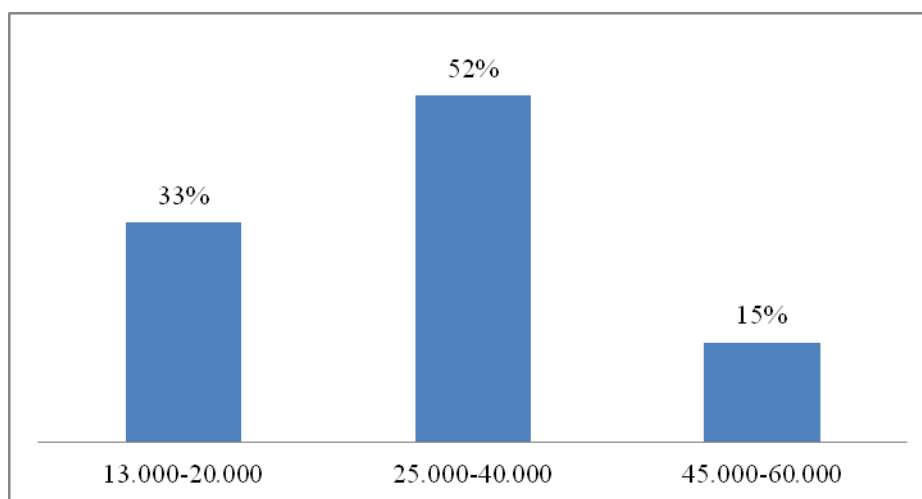
Табела 2. Приходи во домаќинството

	N	M	Min	Max
Мајки на деца со АСН	31 од 40	34.532 ден.	11.000 ден.	90.000 ден.
Мајки на деца со ДРН	33 од 40	29.863 ден.	13.000 ден.	60.000 ден.
Мајки на деца со ТР	30 од 40	18.966 ден.	11.500 ден.	30.000 ден.



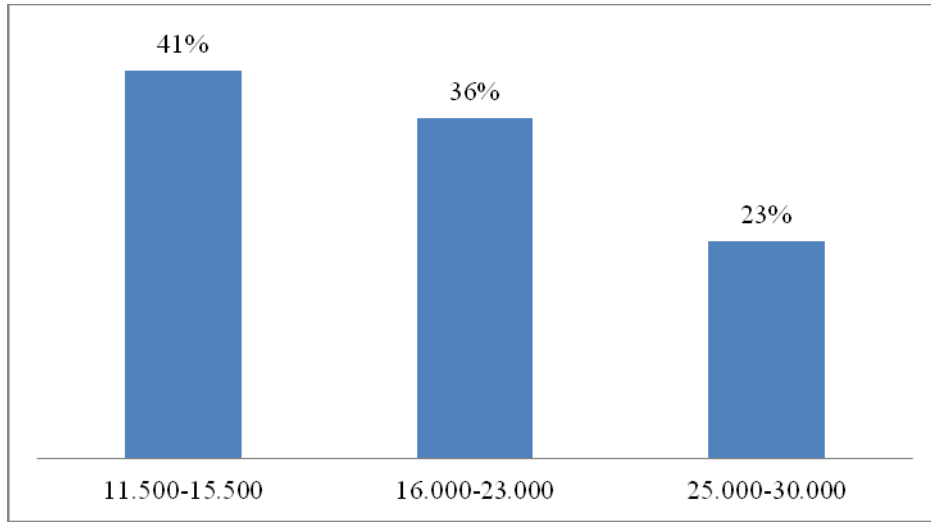
Слика 9. Распределеност на приходите во проценти во групата на мајки на деца со АСН

На Слика 9 графички е прикажана распределеноста на приходите во групата на мајки на деца со АСН. И таа е следната: од 11.000 до 19.000 денари 16% од мајките, од 20.000 до 28.000 денари 22% од мајките, од 28.500 до 35.000 денари 36% и од 40.000 до 90.000 денари 26% од мајките. Според Државниот завод за статистика во Република Македонија заклучно со јануари 2016 година просечната нето плата изнесувала 22.254 денари. Според тоа во оваа група на мајки 22.5% имаат подпросечни приходи, а останатите 77.5% имаат надпросечни.



Слика 10. Распределеност на приходите во проценти во групата на мајки на деца со ДРН

На слика 10 прикажана е распределеноста на приходите во групата на мајки на деца со ДРН. И таа е следната: од 13.000 до 20.000 денари 33% од мајките, од 25.000 до 40.000 денари 52% од мајките и од 45.000 до 60.000 денари 15% од мајките. Од нив 33.3% имаат приходи подпросечната плата во Република Македонија, додека останатите 66.7% имаат поголем приход од 22.254 денари колку што изнесува просечната плата во државата.



Слика 11. Распределеност на приходите во проценти во групата на мајки на деца со *ТР*

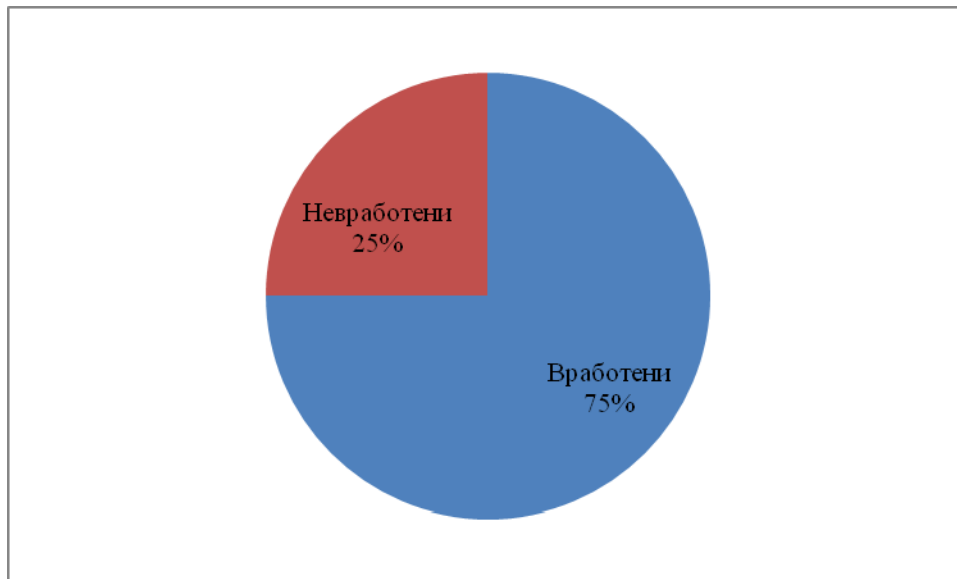
На слика 11 графички е прикажана распределеноста на приходите во групата на мајки на деца со ТР. И таа е следната: од 11.500 до 15.500 денари 41% од мајките, од 16.000 до 23.000 денари 36% од мајките и од 25.000 до 30.000 денари 23% од мајките. Од нив 74% имаат приходи подпросечната плата во Република Македонија, додека останатите 26% имаат поголем приход од 22.254 денари колку што изнесува просечната плата во државата.

Мајките одговараа и на прашањето за работен однос, според добиените одговори резултатите се следните.

Од групата на мајки на деца со АСН, 10 невработени мајки 30 вработени. Во групата на мајки на деца со ДРН, 8 невработени мајки 32 вработени. И во групата на мајки на деца со ТР, 3 невработени мајки и 37 вработени.

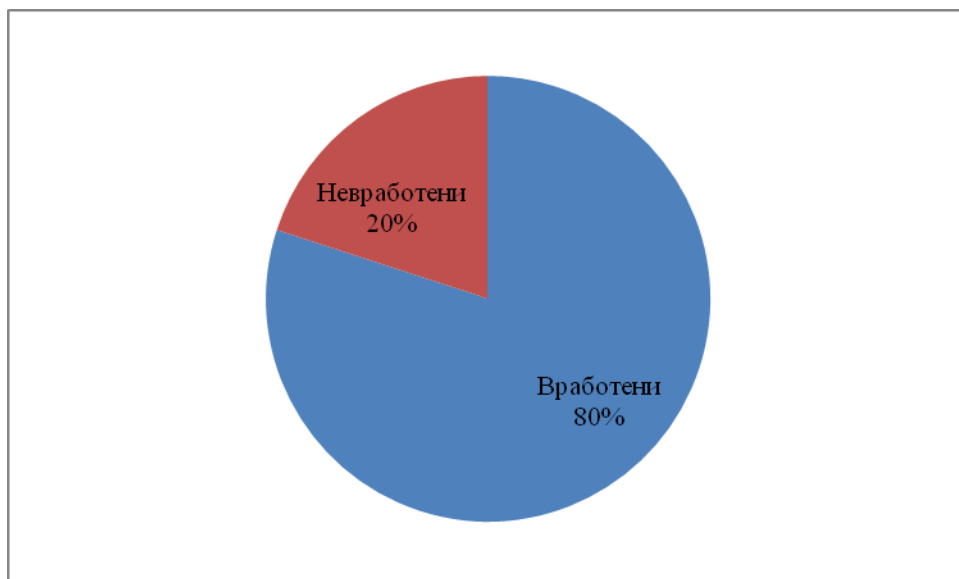
Табела 3. Работен статус на мајките

	N	Вработени	Невработени
Мајки на деца со АСН	40	30	10
Мајки на деца со ДРН	40	32	8
Мајки на деца со ТР	40	37	3



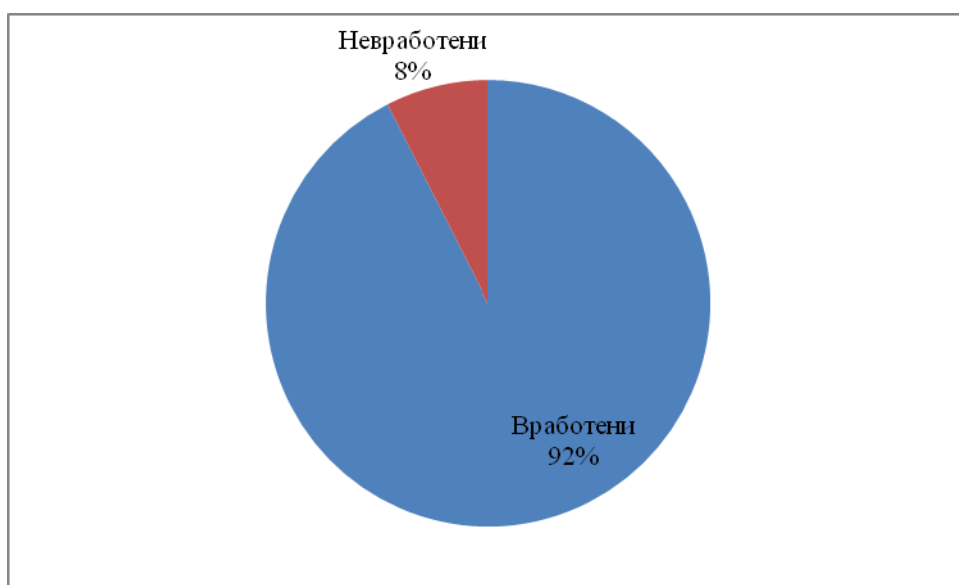
Слика 12. Процентуална распределеност на работен статус во групата на мајки на деца со АСН

На Слика 12 графички е прикажано дека во групата на мајки на деца со АСН, 75% се вработени додека 25% се невработени.



Слика 13. Процентуална распределеност на работен статус во групата на мајки на деца со ДРН

На Слика 13 е прикажано дека во групата на мајки на деца со ДРН, 80% се вработени дека 20% се невработени.

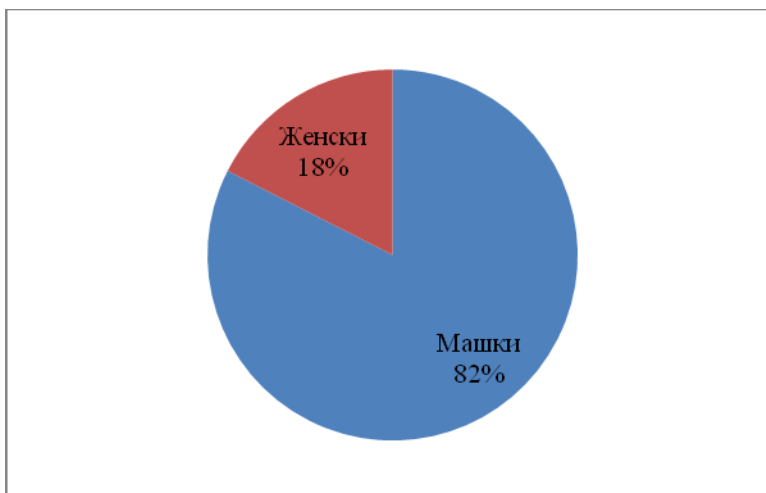


Слика 14. Процентуална распределеност на работен статус во групата на мајки на деца со TP

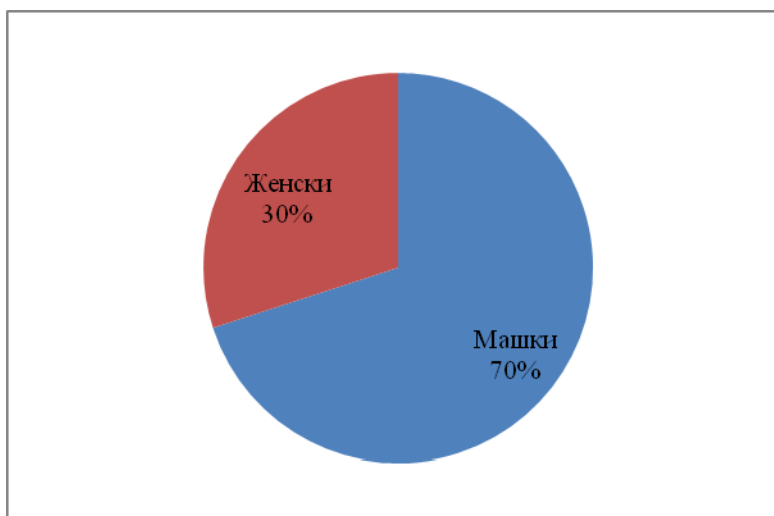
На Слика 14 графички е прикажано дека во групата на мајки на деца со TP, 92% се вработени додека 8% се невработени.

1.2. Податоци за детето

Во однос на полот на децата, во групата на деца со АСН, 33 (82%) се машки додека 7 (18%) се женски. Во групата на деца со ДРН, 28 (70%) се машки додека 12 (30%) се женски. На следните слики е графички прикажана распределеноста на половата припадност на децата.



Слика 15. Полова припадност на деца со АСН



Слика 16. Полова припадност на деца со ДРН

Во однос на возраста на децата, во групата на деца со АСН просечната возраст изнесува $M=7,87$ и $\sigma=2,47$ додека најмалото дете имаше 4 години, а најстарото 13 години.

Во групата на деца со ДРН, просечната возраст изнесува $M=11,25$ и $\sigma=2,70$ додека најмалото дете имаше 4 години, а најстарото 16 години.

Во двете групи заедно просечната возраст изнесува $M=9,56$ и $\sigma=2,59$ додека најмалото дете има 4 години, а најстарото 16 години.

Табела 4. Возраст на децата

	N	M	σ	Min	Max
Деца со АСН	40	7,87	2,47	4	13
Деца со ДРН	40	11,27	2,70	4	16
Вкупно	80	9,56	2,59	4	16

Во однос на тоа на која возраст е поставена дијагнозата, во групата на мајки на деца со АСН средната возраст на кој е поставена дијагнозата е $M=5,25$ и $\sigma=2,29$ притоа најмалата возраст е 2 години, а најголемата 10 години.

Во групата на мајки на деца со ДРН, средната возраст на поставување на дијагнозата е $M=2,77$ и $\sigma=3,79$ притоа најмалата возраст е 0 години, а најголемата 8 години. Во оваа група 17 деца имаат Даун синдром, а останатите 23 се со интелектуална попреченост без Даун синдром (тешка, умерена и лесна интелектуална попреченост. Во Табела 5 се прикажани табеларно овие податоци.

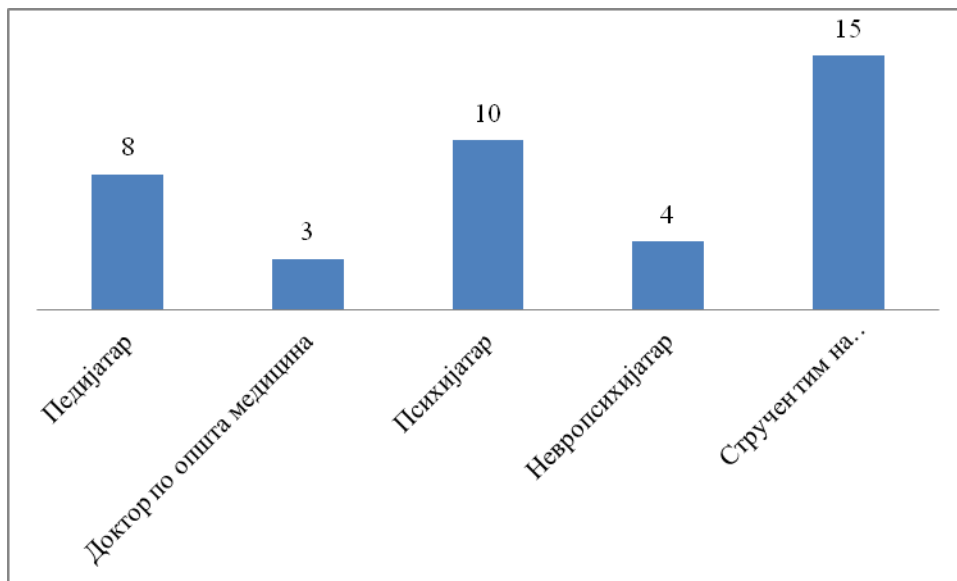
Табела 5. Возраст на децата на која е поставена дијагнозата

	N	M	σ	Min	Max
Деца со АСН	40	5,25	2,29	2	10
Деца со ДРН	40	2,77	3,79	0	8
Вкупно	80	4,01	3,13	0	10

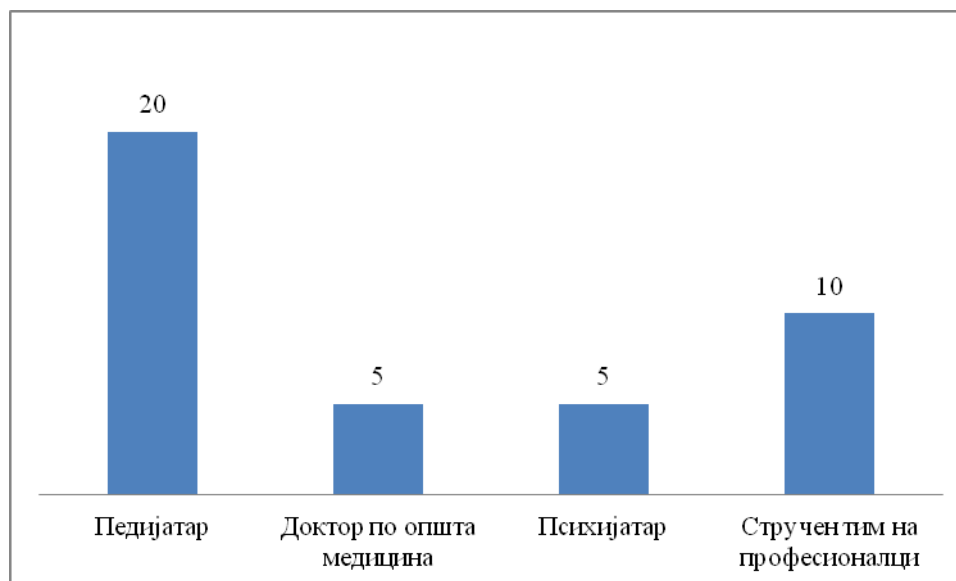
Во групата на деца со АСН, на возраст од 2 до 3 години им е поставена дијагноза на 10 деца (25%), на возраст од 4 до 5 години им е поставена дијагноза на 15 деца (37%), на возраст од 6 до 7 години им е поставена дијагноза на 7 деца (17%), на возраст од 8 до 9 години им е поставена дијагноза на 5 деца (13%) и на возраст од 10 години на 3 деца (8%).

Во групата на деца со ДРН, на возраст помала од 1 година поставена им е дијагноза на 20 деца (50%), на возраст од 2 години поставена им е дијагноза на 1 дете (2,5%), на возраст од 3 години поставена им дијагноза на 5 деца (12,5%), на возраст од 4 години дијагноза им е поставена на 3 деца (7,5%), на возраст од 7 години поставена им е дијагноза на 6 деца (15%) и на возраст од 8 години поставена им е дијагноза на 5 деца (12,5%).

Во групата на деца со АСН кај 8 од нив дијагнозата ја поставил педијатар (20%), кај 3 деца доктор по општа медицина (7,5%), кај 10 деца психијатар (25%), кај 4 деца невропсихијатар (10%) и кај 15 деца стручен тим на професионалци (37,5%). На Слика 17 графички е прикажано.



Слика 17. Поставување на дијагноза кај децата со АСН



Слика 18. Поставување на дијагноза кај децата со ДРН

Во групата на деца со ДРН, кај 20 деца дијагнозата ја поставил педијатар (50%), кај 5 деца доктор по општа медицина (12,5%), кај 5 деца психијатар (12,5%) и кај 10 деца дијагнозата ја поставил стручен тим на професионалци (25%).

2. Дескриптивна анализа

2.1 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот CES-D за сите три групи на мајки

На прашалникот CES-D кој проценува степен на депресивност одговорија вкупно 120 мајки или 40 мајки на деца со АСН, 40 мајки на деца со ДРН и 40 мајки на деца со ТР. Во Табела 6 ќе бидат прикажани табеларно дескриптивните податоци за резултатите на CES-D прашалникот за сите три групи на мајки.

Табела 6. Дескриптивни податоци за резултатите од CES-D прашалникот

	N	M	σ	Min/T	Max/T
Мајки на деца со ТР	40	12,18	11,92	0/0	49/60
Мајки на деца со АСН	40	19,58	11,15	0/0	42/60
Мајки на деца со ДРН	40	16,53	10,03	0/0	49/60
Тотал/Вкупно	120	16,07	11,36	0/0	49/60

*Min/t – најнизок постигнат скор/теоретски најнизок скор

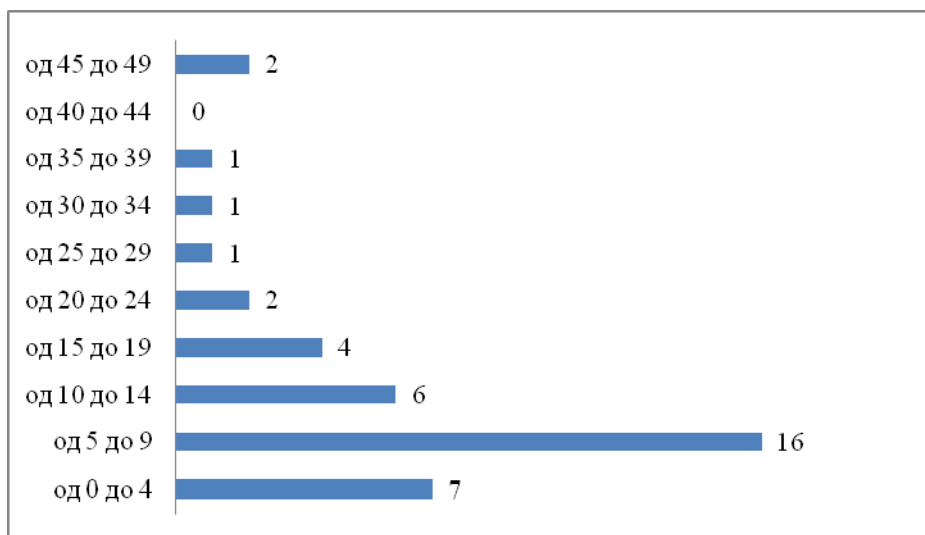
*Max/t – највисок постигнат скор/теоретски највисок скор

Во групата на мајки на деца со ТР на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=12,18$; стандардното отстапување е $\sigma=11,92$ најнизок скор во оваа група е 0, а највисок 49.

Во групата на мајки на деца со АСН на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=19,58$; стандардното отстапување е $\sigma=11,15$ најнизок скор во оваа група е 0, а највисок 42.

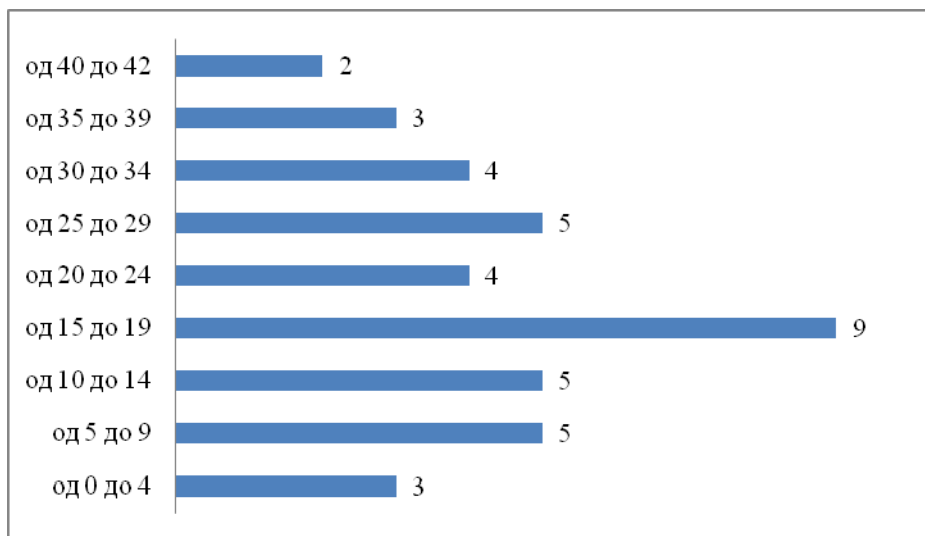
Во групата на мајки на деца со ДРН на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=16,53$; стандардното отстапување е $\sigma=10,03$ најнизок скор во оваа група е 0, а највисок 49.

За сите три групи на мајки (120 мајки), аритметичката средина е $M=16,07$ и стандардното отстапување е $\sigma=11,36$.



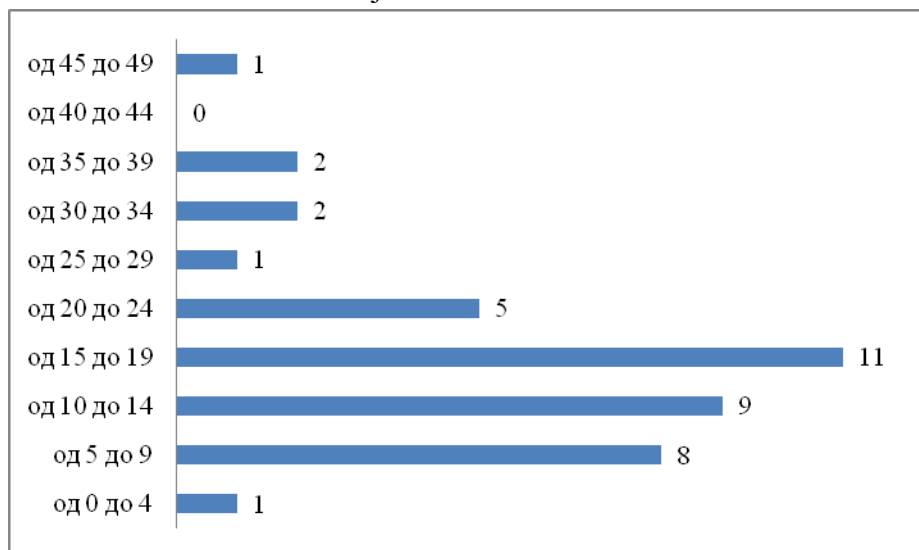
Слика 19. Фреквенција на добиени скорови за степен на депресивност на прашалникот CES-D во групата на мајки на деца со TP

На Слика 19 графички е прикажана фреквенцијата на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки на деца со TP. И таа е следната: од 0 до 4 имаат 7 мајки, од 5 до 9 имаат 16 мајки, од 10 до 14 имаат 6 мајки, од 15 до 19 имаат 4 мајки, од 20 до 24 имаат 2 мајки, од 25 до 29 има 1 мајка, од 30 до 34 има 1 мајка, од 35 до 39 има 1 мајка, од 40 до 44 ниту една и од 45 до 49 имаат 2 мајки.



Слика 20. Фреквенција на добиени скорови за степен на депресивност на прашалникот CES-D во групата на мајки на деца со ACH

На Слика 20 графички е прикажана фреквенцијата на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки на деца со АСН. И таа е следната: од 0 до 4 имаат 3 мајки, од 5 до 9 имаат 5 мајки, од 10 до 14 имаат 5 мајки, од 15 до 19 имаат 9 мајки, од 20 до 24 имаат 4 мајки, од 25 до 29 имаат 5 мајки, од 30 до 34 имаат 4 мајки, од 35 до 39 имаат 3 мајки и од 40 до 42 имаат 2 мајки.



Слика 21. Фреквенција на добиени скорови за степен на депресивност на прашалникот CES-D во групата на мајки на деца со ДРН

На Слика 21 графички е прикажана фреквенцијата на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки на деца со ДРН. И таа е следната: од 0 до 4 има 1 мајка, од 5 до 9 имаат 8 мајки, од 10 до 14 имаат 9 мајки, од 15 до 19 имаат 11 мајки, од 20 до 24 имаат 5 мајки, од 25 до 29 има 1 мајка, од 30 до 34 имаат 2 мајки, од 35 до 39 имаат 2 мајки, од 40 до 44 ниту една и од 45 до 49 имаат 1 мајка.

Во групата на мајки на деца со АСН, 24 го надминуваат скорот 16 кој е граничен скор за клинички значаен степен на депресивност или **60%** од овие мајки имаат клинички значаен степен на депресивност. Во групата на мајки на деца со ДРН, 19 го надминуваат скорот 16 кој е граничен скор за клинички значаен степен на депресивност или **47,5%** од овие мајки имаат клинички значаен степен на депресивност. Во групата на мајки на деца со ТР, 11 го надминуваат скорот 16 кој е граничен скор за клинички значаен степен на депресивност или **27,5%** од овие мајки имаат клинички значаен степен на депресивност. Од вкупниот број на мајки, **45%** го надминале граничниот скор 16 за клинички значаен степен на депресивност.

2.2 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот FSS за сите три групи на мајки

На прашалникот FSS кој проценува степен на перцепирана социјална поддршка одговорија вкупно 120 мајки или 40 мајки на деца со АСН, 40 мајки на деца со ДРН и 40 мајки на деца со ТР. Во Табела 7 ќе бидат прикажани табеларно дескриптивните податоци за резултатите на FSS прашалникот за сите три групи на мајки.

Табела 7. Дескриптивни податоци за резултатите од FSS прашалникот

	N	M	σ	Min/T	Max/T
Мајки на деца со ТР	40	43,70	13,02	13/0	66/90
Мајки на деца со АСН	40	39,08	12,15	20/0	64/90
Мајки на деца со ДРН	40	42,85	14,5	7/0	73/90
Тотал/Вкупно	120	41,88	13,3	7/0	73/90

*Min/t – најнизок постигнат скор/теоретски најнизок скор

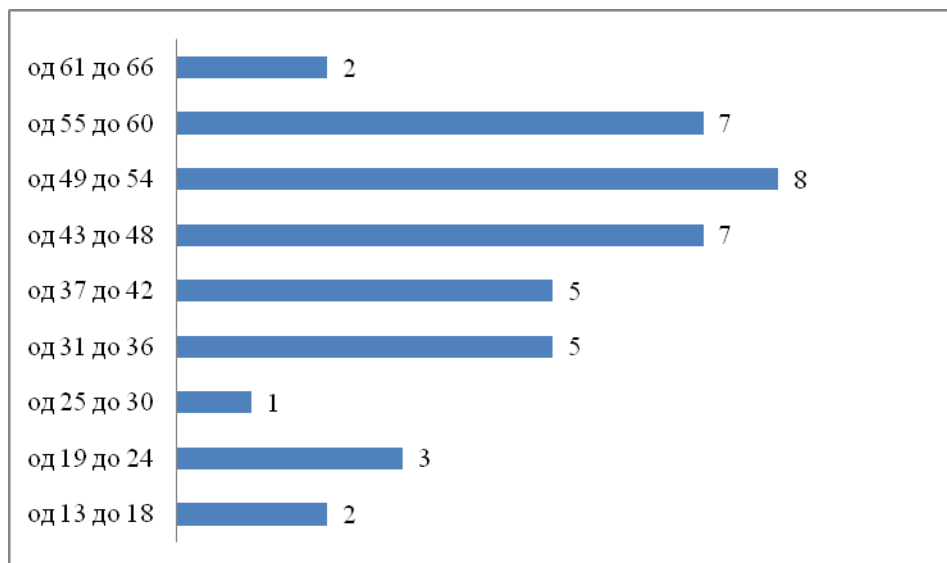
*Max/t – највисок постигнат скор/теоретски највисок скор

Во групата на мајки на деца со ТР на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=43,70$; стандардното отстапување е $\sigma=13,02$ најнизок скор во оваа група е 13, а највисок 66.

Во групата на мајки на деца со АСН на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=39,08$; стандардното отстапување е $\sigma=12,15$ најнизок скор во оваа група е 20, а највисок 64.

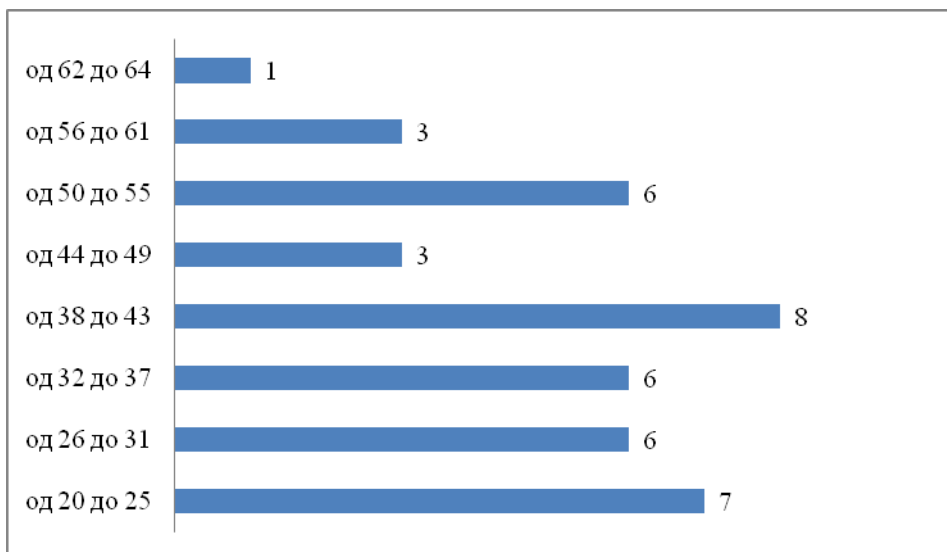
Во групата на мајки на деца со ДРН на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=42,85$; стандардното отстапување е $\sigma=14,5$ најнизок скор во оваа група е 7, а највисок 73.

За сите три групи на мајки (120 мајки), аритметичката средина е $M=41,88$ и стандардното отстапување е $\sigma=13,3$.



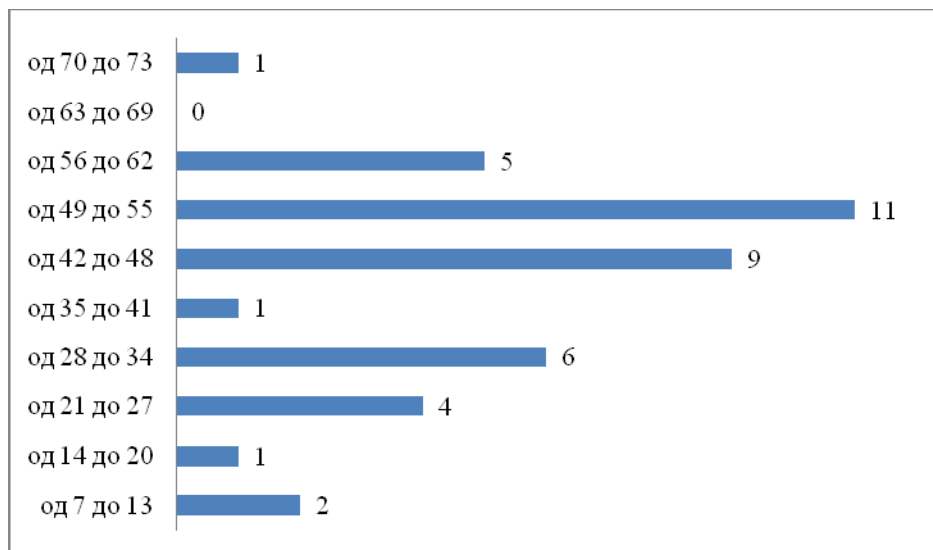
Слика 22. Фреквенција на добиени скорови во групата на мајки на деца со ТР за степен на перцепирана социјална поддршка

На Слика 22 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови на прашалникот FSS за степен на перцепирана социјална поддршка во групата на мајки на деца со ТР . И таа е следната: од 13 до 18 имаат 2 мајки, од 19 до 24 имаат 3 мајки, од 25 до 30 има 1 мајка, од 31 до 36 имаат 5 мајки, од 37 до 42 имаат 5 мајки, од 43 до 48 имаат 7 мајки, од 49 до 54 имаат 8 мајки, од 55 до 60 имаат 7 мајки и до 61 до 66 имаат 2 мајки.



Слика 23. Фреквенција на добиени скорови во групата на мајки на деца со АСН за степен на перцепирана социјална поддршка

На Слика 23 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови на прашалникот FSS за степен на перцепирана социјална поддршка во групата на мајки на деца со АСН . И таа е следната: од 20 до 25 имаат 7 мајки, од 26 до 31 имаат 6 мајки, од 32 до 37 имаат 6 мајки, од 38 до 43 имаат 8 мајки, од 44 до 49 имаат 3 мајки, од 50 до 55 имаат 6 мајки, од 56 до 61 имаат 3 мајки и од 62 до 64 има 1 мајка.



Слика 24. Фреквенција на добиени скорови во групата на мајки на деца со ДРН за степен на перцепирана социјална поддршка

На Слика 24 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови на прашалникот FSS за степен на перцепирана социјална поддршка во групата на мајки на деца со ДРН. И таа е следната: од 7 до 13 имаат 2 мајки, од 14 до 20 има 1 мајка, од 21 до 27 имаат 4 мајки, од 28 до 34 имаат 6 мајки, од 35 до 41 има 1 мајка, од 42 до 48 имаат 9 мајки, од 49 до 55 имаат 11 мајки, од 56 до 62 имаат 5 мајки, од 63 до 69 нема ниту една и од 70 до 73 има 1 мајка.

2.3 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот LOC за сите три групи на мајки

На прашалникот LOC кој проценува локус на контрола (внатрешен/надворешен) одговорија вкупно 120 мајки или 40 мајки на деца со АСН, 40 мајки на деца со ДРН и 40 мајки на деца со ТР. Во Табела 8 ќе бидат прикажани табеларно дескриптивните податоци за резултатите на LOC прашалникот за сите три групи на мајки.

Табела 8. Дескриптивни податоци за резултатите од LOC прашалникот

	N	M	σ	Min/T	Max/T
Мајки на деца со ТР	40	59,75	13,72	35/0	90/100
Мајки на деца со АСН	40	54,38	14,37	30/0	85/100
Мајки на деца со ДРН	40	55,63	11,83	35/0	85/100
Тотал/Вкупно	120	56,58	13,44	30/0	90/100

*Min/t – најнизок постигнат скор/теоретски најнизок скор

*Max/t – највисок постигнат скор/теоретски највисок скор

Во групата на мајки на деца со ТР на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=59,75$; стандардното отстапување е $\sigma=13,72$ најнизок скор во оваа група е 35, а највисок 90.

Во групата на мајки на деца со АСН на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=54,38$; стандардното отстапување е $\sigma=14,37$ најнизок скор во оваа група е 30, а највисок 85.

Во групата на мајки на деца со ДРН на прашалникот одговориле 40 мајки, аритметичката средина е $M=55,63$; стандардното отстапување е $\sigma=11,83$ најнизок скор во оваа група е 35, а највисок 85.

За сите три групи на мајки (120 мајки), аритметичката средина е $M=56,58$ и стандардното отстапување е $\sigma=13,44$.



Слика 25. Фреквенција на добиени скорови во групата на мајки на деца со TP за локус на контрола

На Слика 25 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови на прашалникот LOC за локус на контрола во групата на мајки на деца со TP. И таа е следната: од 0 до 15 ниту една мајка, од 20 до 35 имаат 2 мајки, од 40 до 60 имаат 20 мајки, од 65 до 80 имаат 17 мајки и од 85 до 100 има 1 мајка.



Слика 26. Фреквенција на добиени скорови во групата на мајки на деца со ACH за локус на контрола

На Слика 26 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови на прашалникот LOC за локус на контрола во групата на мајки на деца со АСН. И таа е следната: од 0 до 15 ниту една мајка, од 20 до 35 имаат 4 мајки, од 40 до 60 имаат 24 мајки, од 65 до 80 имаат 10 мајки и од 85 до 100 имаат 2 мајки.

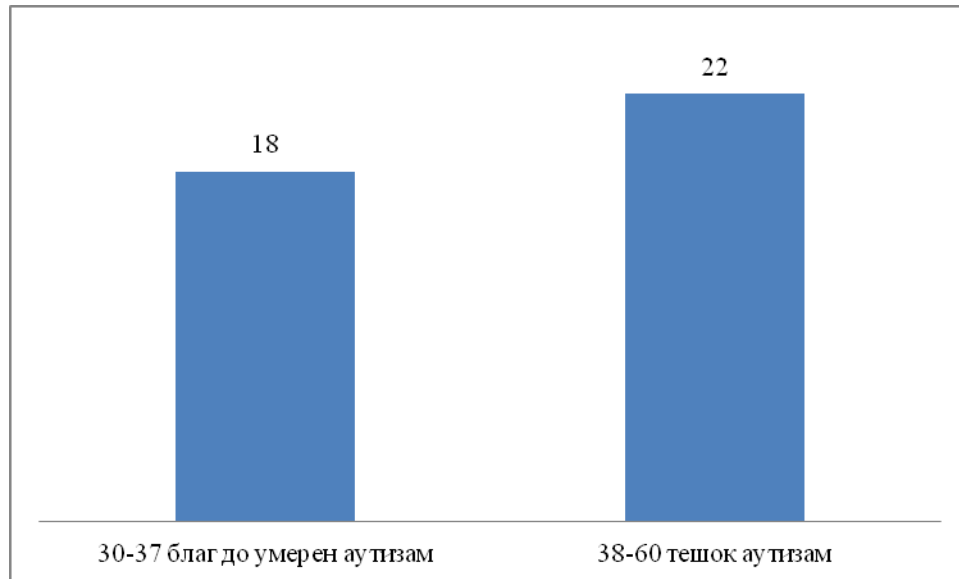


Слика 27. Фреквенција на добиени скорови во групата на мајки на деца со ДРН за локус на контрола

На Слика 27 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови на прашалникот LOC за локус на контрола во групата на мајки на деца со ДРН. И таа е следната: од 0 до 15 ниту една мајка, од 20 до 35 има 1 мајка, од 40 до 60 имаат 28 мајки, од 65 до 80 имаат 10 мајки и од 85 до 100 има 1 мајка.

2.4 Дескриптивна анализа на резултатите од прашалникот CARS за децата со АСН

CARS скалата ја потполнуваа дефектолозите кои работата со децата со аутизам, аритметичката средина на за сите 40 оценувања изнесува $M=38,67$ и стандардно отстапување $\sigma=5,87$. Најнизок скор во оваа група е 30,5, а највисок 54.



Слика 28. Фреквенција на добиени скорови за степен на аутистична симптоматологија

На Слика 28 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови на скалата CARS за степен на аутистична симптоматологија кај децата со АСН. И таа е следната: од 30 до 37 имаат 18 деца и од 38 до 60 имаат 22 деца.

3. Тестирање на истражувачките хипотези

3.1 Хипотеза 1

X1 Мајките на деца со аутизам кои перцепираат поголема социјална поддршка имаат понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои перцепираат помала социјална поддршка.

Табела 9. Дескриптивни податоци за групите од хипотеза 1

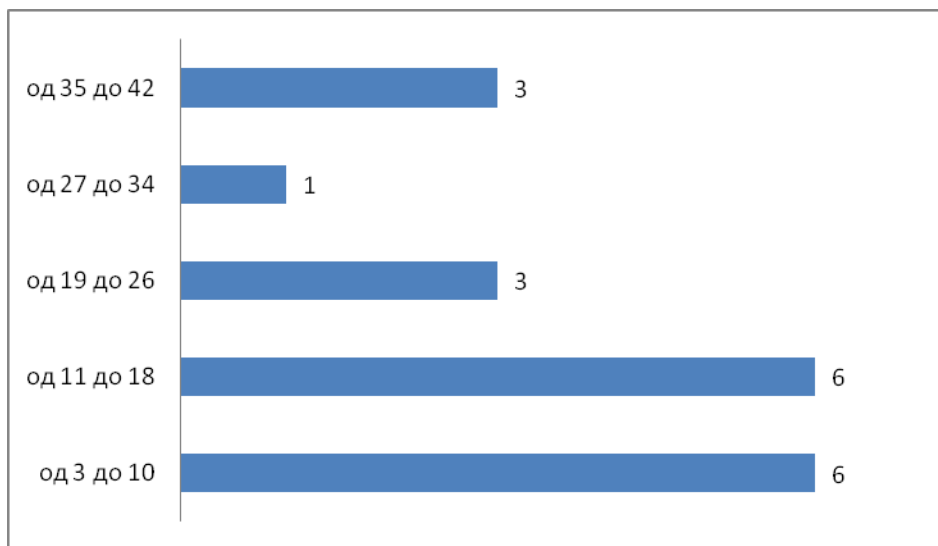
	Групи	N	M	σ
Степен на депресивност	<i>Поголема социјална поддршка</i>	19	17,89	11,37
	<i>Помала социјална поддршка</i>	21	21,10	11,04

Според поставеноста на хипотеза 1, групата на мајки на деца со АСН според постигнувањето на прашалникот FSS за степен на перцепирана социјална поддршка беше поделена на две групи. Група со поголема социјална поддршка и група со помала социјална поддршка и помеѓу овие две групи беше споредуван степенот на депресивност.

Имено поделбата е направена така што аритметичката средина на групното постигнување на FSS прашалникот е замена како гранична вредност и групата со поголема социјална поддршка се оние кои имаат скор поголем од таа вредност, а групата со помала социјална поддршка се оние кои имаат скор помал од таа вредност.

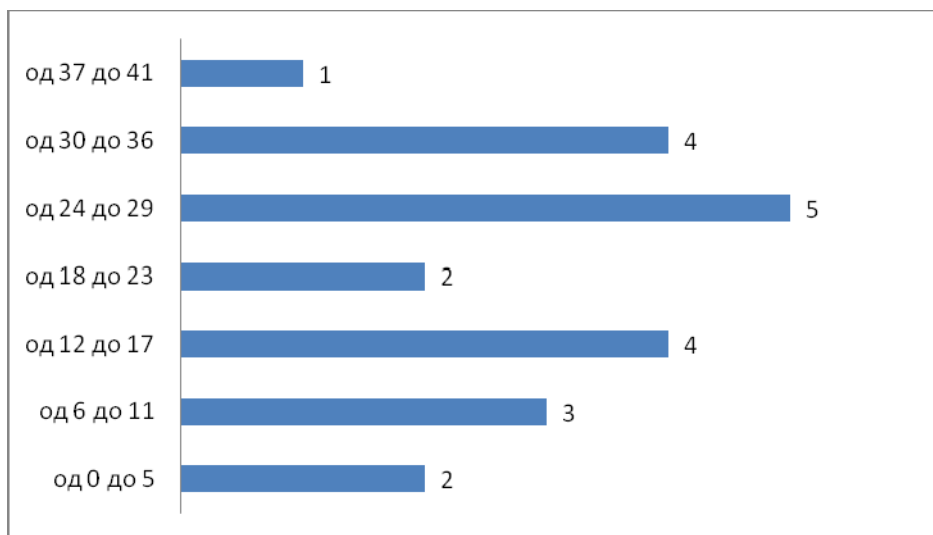
На Табела 9 се прикажани дескриптивните податоци за овие две групи. Во групата на мајки кои перцепираат поголема социјална поддршка припаднаа 19 мајки, аритметичката средина на степенот на депресивност во оваа група е $M=17,89$ и стандардното отстапување е $\sigma=11,37$.

Во групата на мајки кои перцепираат помала социјална поддршка припадна 21 мајка, аритметичката средина на степенот на депресивност во оваа група е $M=21,10$ и стандардното отстапување е $\sigma=11,04$.



Слика 29 . Фреквенција на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки кои перципираат поголема социјална поддршка

На Слика 29 е прикажана фреквенцијата на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки кои перципираат поголема социјална поддршка. И таа е следната: од 3 до 10 имаат 6 мајки, од 11 до 18 имаат 6 мајки, од 19 до 26 имаат 3 мајки, од 27 до 34 има 1 мајка и од 35 до 42 имаат 3 мајки.



Слика 30 . Фреквенција на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки кои перципираат помала социјална поддршка

На Слика 30 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови за степенот на депресивност во групата на мајки кои перципираат помала социјална поддршка. И таа е

следна: од 0 до 5 имаат 2 мајки, од 6 до 11 имаат 3 мајки, од 12 до 17 имаат 4 мајки, од 18 до 23 имаат 2 мајки, од 24 до 29 имаат 5 мајки, од 30 до 36 имаат 4 мајки и од 37 до 41 има 1 мајка.

За тестирање на оваа хипотеза беше направен t-тест за значајност на разлики за големи и независни примероци, добиените резултати се презентирани во Табела 10.

Табела 10. Резултати од t-тестот за споредба на степенот на депресивност помеѓу двете групи

Степен на депресивност кај мајки на деца со АСН	N	M	σ	F	df	t	p
Поголема социјална поддршка	19	17,89	11,37	0,027	38	-0,904	0,37
Помала социјална поддршка	21	21,10	11,04				

Според добиеното, $t=-0,904$ $p=0,37$ ($p>0,05$) што значи дека разликата **не е статистички значајна** т.е се прифаќа нултата хипотеза и се отфрла истражувачката хипотеза. Според добиените резултати мајките на деца со аутизам кои перцепираат поголема социјална поддршка не се разликуваат статистички значајно во степенот на депресивност од мајките кои перцепираат помала социјална поддршка.

И групата со поголема и помала перцепирана социјална поддршка имаат просечно поголем степен на депресивност од граничниот скор 16 за клинички значаен степен на депресивност.

3.2 Хипотеза 2

Х2 Мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола имаат понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен локус на контрола.

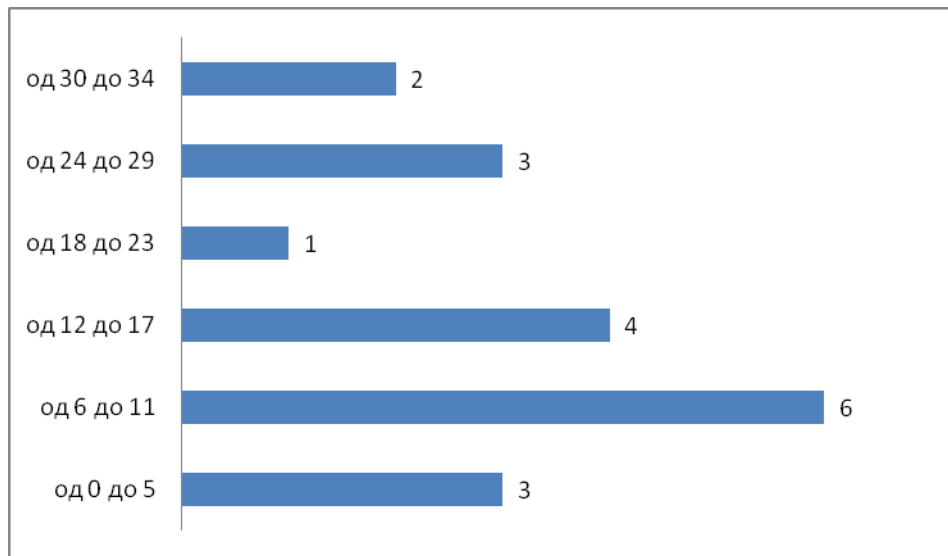
Табела 11. Дескриптивни податоци за групите од хипотеза 2

	Групи	N	M	σ
Степен на депресивност	<i>Внатрешен локус на контрола</i>	19	14,89	10,07
	<i>Надворешен локус на контрола</i>	21	23,81	10,56

Според поставеноста на хипотеза 2, групата на мајки на деца со АСН според постигнувањето на прашалникот LOC за локус на контрола беше поделена на две групи. Група со внатрешен локус на контрола и група со надворешен локус на контрола и помеѓу овие две групи беше споредуван степенот на депресивност. Поделбата е направена така што скорот 50 е земен за гранична вредност и оние мајки кои има скор 50 и помал од 50 на прашалникот LOC припаднаа во групата со надворешен локус на контрола, а оние со поголем од 50 во групата со внатрешен локус на контрола.

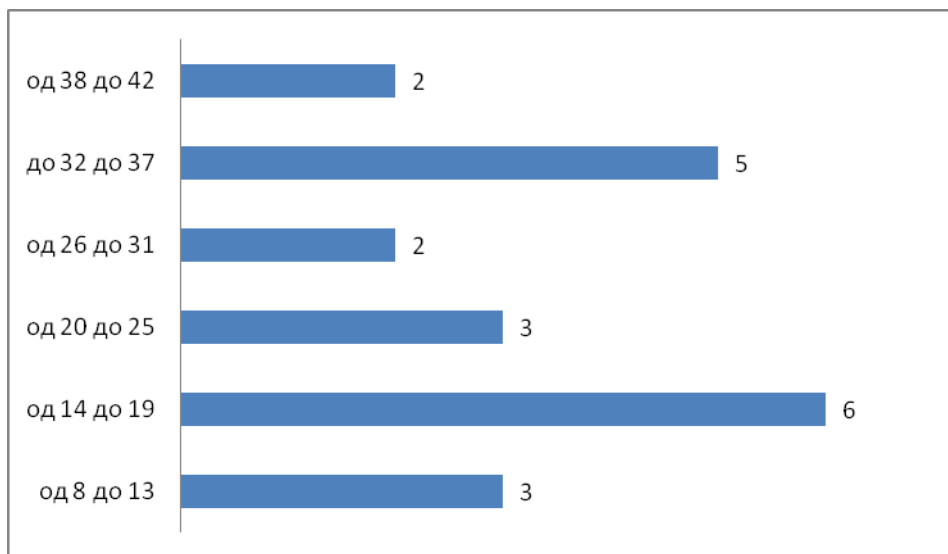
На Табела 11 се прикажани дескриптивните податоци за овие две групи. Во групата на мајки со внатрешен локус на контрола припаднаа 19 мајки, аритметичката средина на степенот на депресивност во оваа група е $M=14,89$ и стандардното отстапување е $\sigma=10,07$.

Во групата на мајки со надворешен локус на контрола припаднаа 21 мајка, аритметичката средина на степенот на депресивност во оваа група е $M=23,81$ и стандардното отстапување е $\sigma=10,56$.



Слика 31 . Фреквенција на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки со внатрешен локус на контрола

На Слика 31 графички е прикажана фреквенцијата на добиените скорови за степенот на депресивност во групата на мајки со внатрешен локус на контрола. И таа е следна: од 0 до 5 имаат 3 мајки, од 6 до 11 имаат 6 мајки, од 12 до 17 имаат 4 мајки, од 18 до 23 има 1 мајка, од 24 до 29 имаат 3 мајки и од 30 до 34 имаат 2 мајки.



Слика 32 . Фреквенција на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки со надворешен локус на контрола

На Слика 32 графички е прикажана фреквенцијата на добиени скорови за степенот на депресивност во групата на мајки со надворешен локус на контрола. И таа е следна: од 8 до 13 имаат 3 мајки, од 14 до 19 имаат 6 мајки, од 20 до 25 имаат 3 мајки, од 26 до 31 имаат 2 мајки, од 32 до 37 имаат 5 мајки и од 38 до 42 имаат 2 мајки.

За тестирање на оваа хипотеза беше направен t-тест за значајност на разлики за големи и независни примероци, добиените резултати се презентирани во Табела 12.

Табела 12. Резултати од t-тестот за споредба на степенот на депресивност помеѓу двете групи

Степен на депресивност кај мајки на деца со АСН	N	M	σ	F	df	t	p
<i>Внатрешен локус на контрола</i>	19	14,89	10,07	0,258	38	-2,72	0,010
<i>Надворешен локус на контрола</i>	21	23,81	10,56				

Според добиеното, $t=-2,72$ $p=0,01$ ($p<0,05$) што значи дека разликата *е статистички значајна* т.е се прифаќа истражувачката хипотеза, а нултата хипотеза се отфрла. Според добиените резултати мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола имаат значајно понизок степенот на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен локус на контрола.

Групата на мајки со надворешен локус на контрола има просечно поголем степен на депресивност од граничниот скор 16 за клинички значаен степен на депресивност.

3.3 Хипотеза 3

Х3 Мајките на деца со аутизам со поизразена симптоматологија имаат повисок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам со помалку изразена симптоматологија.

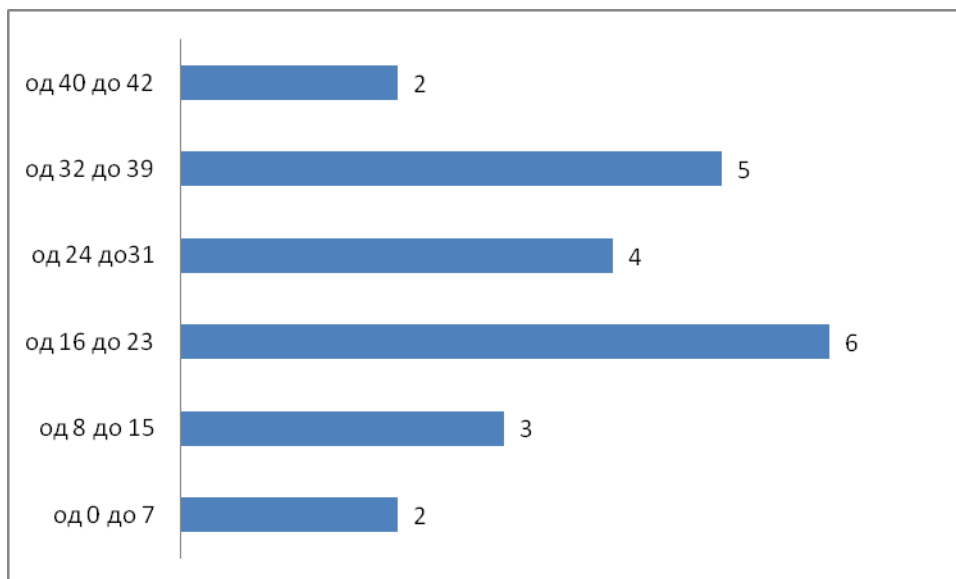
Табела 13. Дескриптивни податоци за групите од хипотеза 3

	Групи	N	M	σ
Степен на депресивност	<i>Поизразена симптоматологија</i>	22	23,64	11,72
	<i>Помалку изразена симптоматологија</i>	18	14,61	8,26

Според поставеноста на хипотеза 3, групата на мајки на деца со АСН беше поделена на две групи мајки на деца со поизразена аутистична симптоматологија и мајки на деца со помалку изразена аутистична симптоматологија. Степенот на изразеност на аутистичните симптоми беше измерен со скалата CARS за утврдување на степен на аутистично нарушување, вреднувањето го извршија дефектолозите кои работат со децата. Поделбата на групите е направена така што за гранична вредност е земена аритметичката средина на добиените скорови од CARS скалата. Групата која е со поизразена симптоматологија има скорови над таа вредност, а групата со помалку изразена симптоматологија под таа вредност.

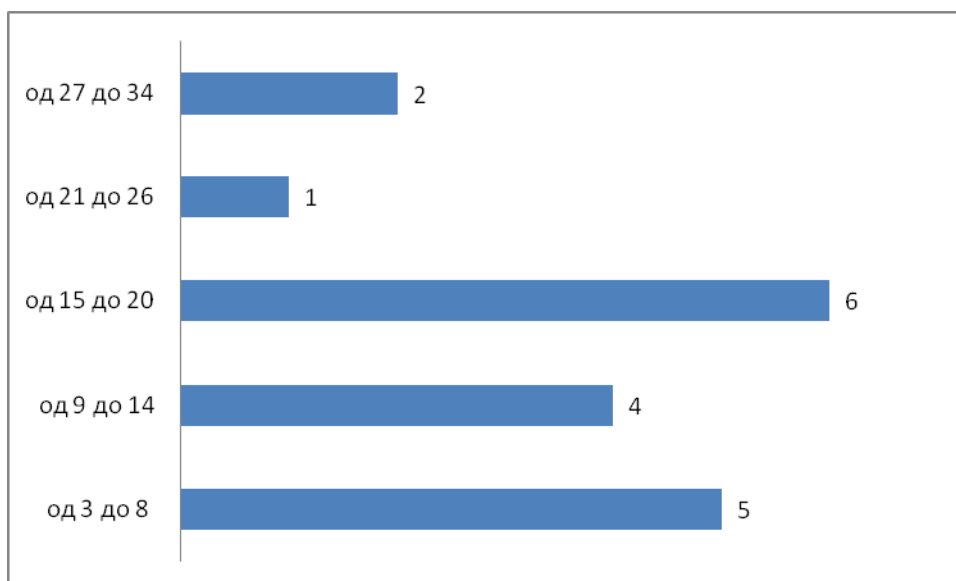
На Табела 13 се прикажани дескриптивните податоци за овие две групи. Во групата на мајки на деца со поизразена симптоматологија припаднаа 22 мајки, аритметичката средина на степенот на депресивност во оваа група е $M= 23,64$ и стандардното отстапување е $\sigma=11,72$.

Во групата на мајки на деца со помалку изразена симптоматологија припаднаа 18 мајки, аритметичката средина на степенот на депресивност во оваа група е $M= 14,61$ и стандардното отстапување е $\sigma=8,26$.



Слика 33 . Фреквенција на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки на деца со поизразена аутистична симптоматологија

На Слика 33 графички е прикажана фреквенцијата на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки на деца со поизразена аутистична симптоматологија. И таа е следната: од 0 до 7 имаат 2 мајки, од 8 до 15 имаат 3 мајки, од 16 до 23 имаат 6 мајки, од 24 до 31 имаат 4 мајки, од 32 до 39 имаат 5 мајки и од 40 до 42 имаат 2 мајки.



Слика 34 . Фреквенција на добиените скорови за степен на депресивност во групата на мајки на деца со помалку изразена аутистична симптоматологија

На Слика 34 графички е прикажана фреквенцијата на добиените скорови во групата на мајки на деца со помалку изразена аутистична симптоматологија. И таа е следната: од 3 до 8 имаат 5 мајки, од 9 до 14 имаат 4 мајки, од 15 до 20 имаат 6 мајки, од 21 до 26 има 1 мајка и од 27 до 34 имаат 2 мајки.

За тестирање на оваа хипотеза беше направен t-тест за значајност на разлики за големи и независни примероци, добиените резултати се презентирани во Табела 14.

Табела 14. Резултати од t-тестот за споредба на степенот на депресивност помеѓу двете групи

Степен на депресивност кај мајки на деца со АСН	N	M	σ	F	df	t	p
<i>Поизразена симптоматологија</i>	22	23,64	11,72	4,072	38	2,75	0,009
<i>Помалку изразена симптоматологија</i>	18	14,61	8,26				

Според добиеното, $t=2,75$ $p=0,009$ ($p<0,01$) разликата е **статистички значајна** и се прифаќа истражувачката хипотеза, а се отфрла нултата хипотеза. Мајките на деца со аутизам со поизразена симптоматологија имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам со помалку изразена симптоматологија.

Групата на мајки на деца со поизразена аутистична симптоматологија има просечно поголем степен на депресивност од граничниот скор 16 за клинички значајен степен на депресивност.

3.4 Хипотеза 4

H4 Мајките на деца со аутизам имаат повисок степен на депресивност од мајките на деца со други развојни нарушувања во развојот и од мајките на развојно типични деца.

Тестирањето на оваа хипотеза ќе биде направено со едноставна еднонасочна АНОВА (F-тест).

Табела 15. Резултати од ANOVA тестирањето за хипотеза 4

	SS	df	MS	F	p
Помеѓу групите	1106,467	2	553,233	4,52	0,013*
Внатре во групите	14291,525	117	122,150		
Вкупно	15397,992	119			

Според добиеното $F=4,52$ $p=0,013$ ($p<0,05$) следува дека хипотезата *е статистички значајна*, односно мајките на деца со аутизам имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со други развојни нарушувања и од мајките на деца со типичен развој.

По спроведената Анализа на варијанаса, која се покажа дека е статистички значајна, односно покажа дека постои статистички значајна разлика помеѓу трите групи на мајки, се пристапи кон пост-хок тестирање за да се утврдат помеѓу кои групи на мајки поточно постои разлика. При тоа најпрвин е направен приказ на основните дескриптивни мерки на трите групи на испитаници по однос на зависната варијабла, со цел полесно да се направи споредбата. Дескриптивите се прикажани на следната Табела 16:

Табела 16. Дескриптивни податоци

	N	M	SD
Мајки на типични деца	40	12,18	11,92
Мајки на деца со аутизам	40	19,58	11,15
Мајки на деца со други развојни нарушувања	40	16,53	10,03

Пост-хок анализата на АНОВА беше направена со помош на тестот на Tuckey, кој е најсоодветен со оглед на природата на податоците кои беа мерени. Пост – хок анализата покажа дека :

- Мајките на децата со аутизам имаат значајно повисок степен на депресивност од мајките на типичните деца (MD= 7,40, p = 0.009, p<0,01)
- Не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на типичните деца и мајките на децата со други развојни нарушувања (MD=4,35, p = 0,18, p>0,05)
- Не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на децата со аутизам и мајките на децата со други развојни нарушувања(MD=3.05, p = 0,43, p>0,05)

Пост – хок анализата е покажана на табелата во продолжение.

Табела 17. Пост-хок анализа

Група	Споредени со група	MD	SD	p
Мајки на типични деца	Мајки на деца со аутизам	-7.40	2.47	0.009**
	Мајки на деца со други развојни нарушувања	-4.35	2.47	0.188
Мајки на деца со аутизам	Мајки на типични деца	7.40*	2.47	0.009**
	Мајки на деца со други развојни нарушувања	3.05	2.47	0.436
Мајки на деца со други развојни нарушувања	Мајки на типични деца	4.35	2.47	0.188
	Мајки на деца со други развојни нарушувања	-3.05	2.47	0.436

3.5 Хипотеза 5

Х5 Постојат разлики во перцепираната социјална поддршка помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на развојно типични деца.

Тестирањето на оваа хипотеза ќе биде направено со едноставна еднонасочна АНОВА (F-тест).

Табела 18. Резултати од ANOVA тестирањето за хипотеза 5

	SS	df	MS	F	p
<i>Помеѓу групите</i>	484,850	2	242,425	1,37	0,25
<i>Внатре во групите</i>	20576,275	117	175,866		
<i>Вкупно</i>	21061,125	119			

Според добиеното $F=1,37$ $p=0,25$ ($p>0,05$) следува дека хипотезата не *е статистички значајна*, односно непостои статистички значајна разлика во перцепираната социјална поддршка меѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на развојно типични деца. Со оглед на тоа дека АНОВА-та не покажа дека помеѓу било која од групите постои статистички значајна разлика, не беше направена пост-хок анализа.

3.6 Хипотеза 6

Х6 Постојат разлики во локусот на контрола помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на развојно типични деца.

Тестирањето на оваа хипотеза ќе биде направено со едноставна еднонасочна АНОВА (F-тест).

Табела 19. Резултати од ANOVA тестирањето за хипотеза 6

	SS	df	MS	F	p
<i>Помеѓу групите</i>	632,917	2	316,458	1,77	0,17
<i>Внатре во групите</i>	20866,250	117	178,344		
<i>Вкупно</i>	21499,167	119			

Според добиеното $F=1,77$ $p=0,17$ ($p>0,05$) следува дека хипотезата не е ***е статистички значајна***, односно не постои статистички значајна разлика во локусот на контрола помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на развојно типични деца. Со оглед на тоа дека АНОВА-та не покажа дека помеѓу било која од групите постои статистички значајна разлика, не беше направена пост-хок анализа.

IV. ДИСКУСИЈА

Според добиените резултати, хипотеза еден, пет и шест од поставените истражувачки хипотези не се статистички значајни, додека останатите три се статистички значајни.

За *хипотеза 1* тоа би значело дека, мајките на деца со аутизам кои перцепираат поголема социјална поддршка немаат статистички значајно понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои перцепираат помала социјална поддршка.

Во едно истражување што уште трае се истражува дали старателите на деца со аутизам доживуваат повисоко ниво на стрес во однос на оние со деца со други пречки во развојот и типичен развој. Како и односот помеѓу социјалната поддршка, користењето на социјалните мрежи и стресот кај негувателите на деца со аутизам (Moqbel & Little, 2014).

Едно Норвешко истражување било направено пред сè поради недостатокот на истражувања за врничките групи за поддршка на лица со Аспергер синдром, особено за групи за адолесценти. Истражувањето било направено паралелно и за родителски групи за поддршка. Добиените резултати покажале дека 76,5% од учесниците (адолесценти со Аспергер) и 93% од родителите, задоволството од групните средби го оцениле како добро или многу добро. Тоа значи дека адолесцентите со Аспергер синдром и нивните родители ја перципираат поддршката од групите за поддршка како корисна (Weidle, Bolme, & Hoyerland, 2006). Ова истражување направено 10 години пред нашето истражување го оправдува, и ја нагласува социјалната поддршка како корисна при зголемувањето на задоволството.

Во докторската студија на Brown опфатени биле 60 семејства со деца од 2 до 7 години со дијагностициран аутизам. Мајките известувле за достапноста и корисноста на формалната и неформалната поддршка. Мајките покажале зголемено ниво на депресија. Имено повеќе од половината мајки покажале депресивни симптоми или повеќе од блага депресивана симптоматологија. Двете варијабли поврзани со децата (аутистична симптоматологија и атипично однесување) и сервисните релеватни варијаби (задоволство од образовниот процес и задоволство од изворите на информации за аутизам) биле предиктивни за мајчинската депресија. Социјалната поддршка и мајчинската депресија не биле поврзани (Brown, 2014). Ова истражување има резултати речиси идентични како и нашето истражување. Имено и кај нас аутистичната симптоматологија се покажа како

предиктивна при мајчината депресија, додека социјалната поддршка не е значајно поврзана со степенот на депресивност кај мајките т.е мајките кои перцепираат помала социјална поддршка не се разликуваат значајно во степенот на депресивност од мајките кои перцепираат поголема социјална поддршка.

За *хипотеза 2* би значело дека, мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола имаат значајно понизок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен локус на контрола.

Во ова истражување со попречен пресек на студии се испитува способноста за справување како медијатор и модератор помеѓу стресот и квалитетот на живот кај родители на деца со аутизам. Примерокот се состоел од 184 родители на деца со аутизам. Резултатите покажале дека „прифаќањето на одговорност“ е единствената стратегија посредник во односите помеѓу стресот и животниот квалитет. Резултатите исто така откриле дека само „барањето на социјална поддршка“ и „избегнувањето на бегство“ биле модератори стратегии во односите помеѓу стресот и квалитетот на живот (Dardas & Ahmad, 2015). При поставување на оваа хипотеза се тргна од фактот дека степенот на депресивност кај личноста е определен и до некој внатрешни карактеристики на личноста покрај социјалните фактори. Во споменатото истражување „прифаќањето на одговорноста“ се покажала како посредник помеѓу стресот и животниот квалитет. Ние го испитувавме локусот на контрола кој покрај другото подразбира и „прифаќање на одговорност,, т.е личностите со внатрешен локус на контрола ја лоцираат одговорноста кај себе. Локусот на контрола во многу истражувања се покажал како посредник на степенот на депресивност, нашите резултати покажаа дека мајките со внатрешен локус на контрола разликуваат имаат значајно понизок степен на депресивност од мајките со надворешниот локус на контрола.

Неколку истражувачки студии истражувале како нивото на проблеми во однесувањето на нивните деца води кон психолошко растројство на родителите на деца со аутизам. Во ова истражување се истражуваше дали психолошкото прифаќање и свесноста посредува во дете-родител дистрес врска. 71 мајка и 39 татковци на деца со аутизам учествувале во известувањето на сопствената позитивна и негативна психолошка благосостојба и проблеми во однесувањето на нивните деца. Психолошкото прифаќање е најдено дека дејствува како посредник кај мајчината анксиозност, депресијата и стресот и татковата

депресија. Општата свесност и свесното родителство имаше значителен ефект за посредување во мајчината анксиозност, депресија и стрес. Овие резултати ќе придонесат да се докаже дека свесноста и прифаќањето може да биде важно во родителските и психолошките процеси (Jones и сор., 2014). Овие резултати го оправдуваат поставувањето на оваа истражувачка хипотеза и ја потенцираат свесноста како посредувач во степенот на мајчината анксиозност, депресија и стрес.

Хипотеза 3, мајките на деца со аутизам со поизразена симптоматологија имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со аутизам со помалку изразена симптоматологија.

Во едно истражување биле истражувани ризичните и заштитните фактори за симптоми на анксиозност и депресивност кај родители на деца со аутизам. За таа цел, мерени се симптомите на анксиозност и депресија кај 102 родитела на деца со аутизам и корелирани со тежината на симптоми на нивните деца. Депресија покажуваат 26,7% од родителите, а анксиозност 83,3%. Тежината на симптоми во однесувањето на детето, ја зголемува веројатноста за тешка анксиозност и симптоми на депресија кај родителите. Исто така резултатите покажале, дека ако симптомите на детето се тешки и таткото живее во семејниот дом, веројатноста за сериозни симптоми на анксиозност и депресија кај родителите е за 95,2% пониска. Присуството на таткото во семејниот дом го намалува влијанието на стресорите (Machado Junior и сор., 2014). Ова истражување има резултати кои ја потврдуваат улогата на тежината на симптомите на детето за степенот на депресивност кај родителите. Нашето истражување даде резултати кои ја потврдуваат оваа улога. Имено мајките на деца со поизразена аутистична симптоматологија имаат значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со помалку изразена аутистична симптоматологија.

Во една студија во Либан се испитувале ефектите на справувачките стилови, социјалната поддршка и бихејвиоралните симптоми кај детето врз благосостојбата на 65 мајки на деца со аутизам. Исто така благосостојбата била и споредувана со 98 мајки на развојно типични деца. Резултатите покажале поврзаност помеѓу справувачките стилови и благосостојбата, значајна поврзаност помеѓу проблематичното однесување и нивото на благосостојба кај мајките. Мајките на деца со аутизам покажале и пониско ниво на прецепирана социјална

поддршка. Исто така мајките на развојно типичните деца имале подобра благосостојба од мајките на деца со аутизам (Obeid & Daou, 2015).

Во соседна Србија е направено истражување за квалитетот на животот и депресија кај родители на деца со Rett синдром. За таа цел на примерок од 49 мајки, мерено е квалитет на живот, тежината на клиничката слика на децата и депресијата кај мајката. Тешка депресија е најдена кај 15 мајки или 30,6% од учесничките во студијата (Sarajlija, 2013).

Друга студија, се обидува да ја објасни разликата на стрес од родителството кај родители на деца со аутизам и типично развојни деца. Оваа студија ја објаснува улогата на карактеристиките на децата (години, тежина на симптоми, квалитет на живот и проблематично однесување) во родителскиот стрес кај 150 родители со когнитивно способни деца и адолесценти со аутизам. Резултатите покажале дека хиперактивноста на детето била единствен фактор значајно поврзан со родителскиот стрес кај родителите на деца со аутизам, отфрлајќи ги тежината на аутизмот и квалитетот на живот на детето (McStay и сор., 2013). И оваа студија како и претходните ја истражува тежината на симптоми кај децата како посредник за степенот на депресивност кај родителите.

Хипотеза 4, мајките на деца со аутизам имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со други развојни нарушувања и од мајките на развојно типични деца. За оваа хипотеза беше направена и пост хок анализа која покажа дека: мајките на децата со аутизам имаат значајно повисок степен на депресивност од мајките на типичните деца; не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на типичните деца и мајките на децата со други развојни нарушувања и дека не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на децата со аутизам и мајките на децата со други развојни нарушувања.

Уште во една студија се испитувало родителскиот стрес и менталното здравје на родителите на деца со аутизам. Биле опфатени 188 родители на деца со аутизам и 144 родители на деца со типичен развој. Резултатите покажале дека родителите на деца со аутизам имаат повисоко ниво на стрес, депресија и анксиозност од родителите на деца со типичен развој. Мајките на деца со аутизам имаат поголем ризик од депресија и анксиозност од родителите на типичните деца. Исто така мајките во споредба со татковците на деца со аутизам се повеќе подложни на депресија. Возраста, проблемите во однесувањето на децата со аутизам и анксиозноста на мајките биле значајно поврзани со

родителскиот стрес (Gong и сор., 2015). Ова истражување има речиси исти резултати како и нашето, имено најдено е дека родителите на деца со аутизам имаат значајно повисок степен на депресија од родителите на развојно типични деца и секако проблемите во однесувањето на децата со аутизам биле значајно поврзани со анксиозноста на мајките.

Во една студија за депресија кај родители на деца со пречки во развојот биле испитани 110 родители за степен на депресија. Бил тестиран модел за утврдување на единствени фактори поврзани со родителската депресија. Согласноста на родителите, семејното задоволство, физичкото здравје, способноста за решавање на проблеми и функционално оштетување на детето. Од испитаните родители 19% ги постигнале скрининг критериумите за депресија. Регресионата анализа открила дека лошото физичко здравје и ниското семејно задоволство биле поврзани со депресивниот статус 83,3%. Овие наоди ја нагласуваат високата важност на семејното задоволство, способноста за решавање на проблеми, физичкото здравје во влијанието на проценувачкиот процес на депресијата кај родители на деца со пречки (Resch и сор., 2012).

Епидемиолошките докази укажуваат дека слабото физичко здравје и депресијата се високо коморбидни. Но, до денес не постои студија која разгледува дали депресијата кај родителите кои се грижат за дете со пречки во развојот се делумно придружувани со слабо физичко здравје. Користејќи податоци од национална студија во Ирска (од 2006 до денес) 627 родители на деца со пречки во развојот се споредени со 7941 родител на типични деца, одговориле на: скала за депресивност на центарот за епидемиологија, хронична здравствена состојба, социо-демографски карактеристики и однесувањето на детето. Резлтатите покажале дека имањето на дете со пречки било поврзано со поголем ризик од депресија во споредба со родителите на деца со типичен развој. Врската помеѓу имањето на дете со посебни потреби и зголемениот ризик за депресија беше објаснето со прилагодувањето на проблематичното однесување на детето (Gallagher и Hannigan, 2014). Ова истражување ја нагласува погоденоста од депресија на родителите на деца со пречки во развојот.

Цел на ова истражување било да се спореди родителскиот стрес кај родителите на 121 дете од 5-9 години со аутизам ASD, недостаток на внимание (хиперактивно нарушување) ADHD, коморбидни ASD и ADHD, и типичен развој во различни домени поврзани со детето и родителските карактеристики користејќи го родителскиот стрес индекс. Трите клинички групи покажа поголемо перцепирање на родителски стрес отколку споредбената

група. Групата со ADHD покажала повисоки нивоа на родителски стрес поврзан со приврзаноста и депресијата отколку другите групи (Miranda и сор., 2015). Ова истражување исто така бара разлика во степенот на депресивност помеѓу мајки на деца со аутизам и мајки на деца со типичен развој.

Во друга студија се испитувале анксиозноста, депресијата и квалитетот на живот кај мајки на деца со аутизам во Ирански семејства. Резултатите покажале дека од 127 мајки на деца со аутизам, 72,4% имаат високо ниво на анксиозност, 49,6% депресија, и ниски оценки за квалитетот на живот поврзани со здравјето (Kousha и сор., 2015). Оваа студија покрај тоа што има резултати кои се слични на нашите доказ се и за раширеноста на оваа проблематика без разлика на културолошката припадност. Односно проблемите на овие родители во светот се сегде исти.

Хипотеза 5, непостои статистичка значајна разлика во перцепираната социјална поддршка помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајки на развојно типични деца.

Во просек мајките на деца со аутизам имаа најнизок степен на перцепирана социјална поддршка од мајките на деца со други развојни нарушувања и мајките на деца со типичен развој.

Во друга студија била истражувана врската помеѓу растењето на повеќе деца со аутизам и брачното приспособување и дали перцепираната социјална поддршка ја моделира таа врска. Резултатите покажале значајна позитивна врска помеѓу брачното приспособување и перцепираната социјална поддршка (Mills, 2014).

Во студијата на Plumb, било истражувано влијанието на социјалната поддршка и семејната резилентност на семејниот стрес во семејства со аутистични деца. Испитани се 50 родители на деца помеѓу 6 и 12 години со дијагностициран аутизам. Резултатите покажале дека повеќето семејства искусуваат клинички високо ниво на стрес. Големината на семејната резилентност била поврзана со ниското ниво на стрес. Неочекувано, зголемената перцепција на социјална поддршка била поврзана со зголемен родителски стрес (Plumb, 2011).

Хипотеза 6, непостои статистички значајна разлика во локусот на контрола помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други развојни нарушувања и мајки на развојно типични деца.

Докторската студија на Nicholas Falk ги истражувала предиктивните фактори на стрес, анксиозност и депресија кај родители на деца со аутизам. За таа цел, испитани се 250 мајки и 229 татковци на деца од 4 до 17 годишна возраст. Тие одговориле на следните прашалници: социјална и економска поддршка, психичка вознемиреност, перцепираната дете-родител врска, родителскиот локус на контрола, тежината на аутистични симптоми и екстернализирачкото однесување (агресивност, хиперактивност и деликвентност) на детето. Регресивна анализа е користена за да се објасни врската помеѓу зависните и независните варијабли. Резултатите од студијата, која се фокусира на мајките на деца со аутизам, сугерира дека постои разлика во родителските предиктивни варијабли на стрес, анксиозност и депресија во групата на мајките. Агресивното однесување, социјалната поддршка и родителскиот локус на контрола ја предвидуваат мајчината депресија. Староста на мајката, тежината на аутистични симптоми и перцепцијата на границата на способност значајно ја предвидува мајчината анксиозност. Социјалната поддршка и перцепцијата на ограничени способности биле примарни предиктори на татковскиот стрес, депресија и анксиозност. Резултатите укажуваат на врска помеѓу варијаблите насочени кон децата (екстернализирано однесување и тежината на аутистичните симптоми) и родителското ментално здравје, може да посредуваат со другите варијабли (Falk, 2012). И ова истражување покрај степенот на депресија го истражувало и локусот на контрола. Односно дали локусот на контрола ја предвидува мајчината депресија.

Една студија ја истражувала особината на свесност како заштитен фактор од стрес кај мајки на деца со аутизам. Примерок од 67 мајки на деца со аутизам бил спореден со примерок од 87 мајки на развојно типични деца. Особината на свесност била значајно поврзана со нивото на стрес кај мајките, повеќе од проблематичното однесување кај детето. Резултатите сугерираат дека интервенцијата на свесноста може да го редуцира стресот кај родителите на аутистични и развојно типични деца (Conner и White, 2014).

Една Британска студија го користела Double-ABCX моделот за да го објасни родителскиот стрес во 48 семејства со деца со развојни пречки и проблеми во однесувањето. Резултатите покажале дека најсилни предиктори на родителскиот стрес се семејниот стил на соочување т.е преживување и родителскиот внатрешен локус на контрола. Родителите кои верувале дека нивните животи не се под контрола на нивните деца со пречки и кои се избориле за фокусирање на семејната интерграција, соработка,

претендирале да покажат пониско ниво на стрес (Jones и Passey, 2004). Во ова истражување внатрешниот локус на контрола се покажал како силен предиктор на родителскиот стрес.

Истражувњето речиси ги потврди очекуваните резултати, но мора да се потенцира дека хипотезите кои не се значајни, дескрептивните податоци се во насока поставените истражувачки хипотези. Со оглед на тоа дека разлика постои иако не е статистички значајна, добиените резултати може да се препишат и на големината на примерокот т.е. можеби примерокот да беше поголем и разликата ќе беше значајна, што секако остава простор за понатамошни истражувања.

Проблематичното однесување на детето или изразеноста на симптоматологијата, се покажа дека е значајно го одредува нивото на депресивност кај мајката. Доста многу истражувачи во своите истражувања ја вклучуваат изразеноста на симптоматологијата како варијабла и во доста многу случаи се потврдува нејзината посредувачка улога во одредувањето на родителската благосостојба.

Локусот на контрола се покажа како значајен одредувач на степенот на депресивност кај мајките на деца со аутизам, што секако ја нагласува важноста на личносната поставеност при справувањето со негативните случувања.

Исто така мајките на деца со аутизам значајно се разликуваат во степенот на депресивност од мајките на деца со типичен развој.

Последните две хипотези не беа статистички значајни т.е. непостои статистички значајна разлика во перцепираната социјална поддршка и локусот на контрола кај мајките на деца со аутизам, мајки на деца со други развојни нарушувања и мајки на деца со типичен развој.

Мајките на деца со аутизам имаат повеќе психички нарушувања по раѓањето на своето дете. Тоа може да биде поради тоа што имаат повеќе психијатриски нарушувања пред раѓањето или зголемувањето може да биде поради товарот за грижа на своето дете. Во ова истражување цел било да се пресмета инциденцата на психијатриска дијагноза кај жените без психијатриска историја по раѓањето на нивното најстаро дете со аутизам, во споредба со жените без дете со аутизам или интелектуална попреченост и немаат психијатриска историја. Со поврзување на бази на податоци од Западна Австралија т.е. популациско – базирани регистри, е пресметена инциденца на психијатриски нарушувања кај мајки на

деца со аутизам во споредба со мајки на деца без аутизам или интелектуална попреченост. Резултатите се дека, освен за алкохол и злоупотреба на супстанции, мајките на деца со аутизам имале повисока инциденција на сите категории на психијатриски нарушувања од другите мајки. Зголемувањето на психијатриски нарушувања кај мајките на деца со аутизам и непсихијатриска историја во споредба со сличните мајки без дете со аутизам или интелектуална попреченост може да се должи на претходно постоечките генетски predispozicii заедно со активирањето на животната средина обезбедено од страна на предизвиците на подигањето на нивните деца со аутизам. Покрај тоа, зголемениот товар на мајките на деца со аутистично нарушување може да резултира со повисока инциденца на психијатриски нарушувања кај мајките кои не се со генетска predispozicija (Fairthorne и сор., 2015).

Со оглед на појавата на високи симптоми на анксиозност кај младите со аутизам, развиени се неколку инвентари за оваа популација. И покрај ветувањата на наодите, некои млади со аутизам одговараат само минимално на ваквите инвентари. Во оваа студија се истражувала улогата на родителската вознемиреност во исходот на третманот кај младите. 31 млади со аутизам, на возраст од 7 -18 години, и нивните родители учествуваа во оваа студија. Родителите потполниле инвентар за анксиозност пред и по третманот. Спротивно на претходните наоди, не постои корелација помеѓу анксиозноста на родителите и младите на почетокот и после третманот. Сепак родителската анксиозност значително се намалила од пред до после третманот (Reaven и сор., 2015).

Тргувајќи од претпоставката дека родителите на деца со аутизам имаат поголем ризик од поголем стрес и низок квалитет во бракот од другите родители. Во една студија истражувани се податоците за одмор од грижа, брачен квалитет, и дневни грижи добиено од 101 мајка-татко дијади кои заедно растат барем едно дете со аутизам (N=118). Бројот на часови на одмор од грижа бил позитивно поврзан со брачниот квалитет и кај мажите и кај жените, една недела одмор од грижа се поврзува со една половина стандардна девијација зголемување во брачниот квалитет. Бројот на деца во семејството е поврзан со зголемен стрес и редуциран релациски квалитет. Овие резултати сугерираат, креаторите на политиката и практиката да развијат поддршка која ќе пружа одмор на семејствата кои растат дете со аутизам (Harper и сор., 2013). Оваа студија има една сосема друга насока т.е се истражувала поврзаноста на одморот со стресот кај овие родители. Се прави

потенцирање на превенцијата за заштита на родителите од стресогените фактори на кои се изложени. Некогашно истражување кај нас може да има сличен предмет на истражување.

Една обемна студија користела мета-анализа, и ги опфатила истражувањата кои се занимавале со родителскиот стрес кај родителите со аутистично нарушување. Користејќи споредбени групи и мета-анализа за усложнување на резултатите во една широка студија. Резултатите покажале дека постои значајна разлика помеѓу стресот во семејствата со деца со аутизам и семејствата со развојно типични деца. Како и помеѓу семејствата на деца со аутизам и семејства на деца со други развојни нарушувања (Hayes & Watson, 2013). И оваа студија ги добила истите резултати како во оваа истражување, имено најдена е значајна разлика во стресот кај семејствата на деца со аутизам, семејства со деца со други развојни нарушувања и семејства со деца со типичен развој.

Депресијата е најчесто заболување на мајките на деца со аутизам, проблемите поврзани со децата со аутизам се особено тешки за мајките кои најчесто се основните старатели. Во оваа студија, целта била да се дознае нивото на депресија на мајките на деца со аутизам. Односно да се види дали има поврзаност помеѓу нивото на депресија и демографските карактеристики на мајки на деца со аутизам, кои се најчестите депресивни симптоми на овие мајки и секако застапеноста на депресијата кај овие мајки. Резултатите покажале дека демографските податоци: возраст, место на живеење, занимање, време траењето на грижата на детето, бројот на децата и износот на приходи нема значајна поврзаност со нивото на депресија. Мајките ги пријавиле и следните депресивни симптоми: плачење 64,8%, намалено учество во професионални и академски активности 61%, раздразливост и замор 60%, неможност за учество во општествено корисна работа 59%, намалена брзина на работата 57,1%, тешкотии во концентрацијата 55,2% и несоница 51,4%. Од 105 мајки на деца со аутизам 42,9% се со минимална депресија, 19% со блага депресија, 9,5 % и 28,6% со умерена и тешка депресија (Nahar, 2015).

Во едно истражување се барала поврзаност помеѓу духовноста и депресијата кај родители на деца со пречки во развојот. Резултатите покажале дека родителите со високи духовни уверувања и ниски нивоа на социјална поддршка имаат повисоко ниво на депресија (Gallagher и сор., 2015). Ова наше истражување го потврдува значењето на социјалната поддршка.

Од истражувањата во Република Македонија добиени се следниве резултати:

Во истражувањето на Насковска и Белевска најдено е дека родителскиот стрес кај родителите на деца со аутизам е значајно поголем во споредба со родителите на деца што немаат аутизам, односно во сите три домени на стрес, спроведени со истиот мерен инструмент, родителите на деца со аутизам значајно покажувале повисоки нивоа на стрес за разлика од другата испитувана група (Насковска и Белевска, 2014).

Нолчева во својот магистерски труд нашла дека не постојат статистички значајни разлики помеѓу стресот, начините за справување и семејната поддршка помеѓу родителите на деца со аутистичен спектар на нарушување и родителите на деца со интелектуална попреченост (Нолчева, 2015).

Ова се само дел од огромниот број на истражувања кои освен што ја оправдуваат нужноста за спроведувањето на ова истражување се поклопуваат и делумно со добиените резултати. Светски тренд е лошото ментално здравје кај човекот, новите животни стилови донесоа многу фактори кои му штетат на човековото ментално здравје. Некои податоци зборуваат дека депресијата зазема епидемски размери, се повеќе се чини дека современиот човек добива се повеќе причини за намалено добрување и мала благосостојба.

Родителите на деца со посебни потреби се секако една група на луѓе кои имаат дополнителни причини за стрес, анксиозност и депресија. Големиот број на истражувања кои се занимаваат со оваа тематика се само потврда дека се сфаќа важноста на последиците од таквата состојба. Коморбидноста на стресот и депресијата со доста многу физички заболувања и влијанието на родителската добросостојба врз исходот на третманот кај детето го вклучуваат алармот за преземање итни мерки за подобрување на состојбата.

Состојбата во Република Македонија во споредба со состојбата во западните земји е многу лоша. Ниската општествена и институционална прифатеност на се што е различно од мнозинството, секако тука вклучувајќи ги и децата со посебни потреби со нивните родители и семејства, дополнително ја влошува нивната материјална и психолошка благосостојба. Она што на запад се презема за таквите родители и деца овде е се уште само далечна иднина, слабата општествена информираност создава секојдневна бариера на таквите родители и деца што кај нив доведува до дополнително општествено самоизолирање, чувство на срам, вина, самоосудување итн.

Ова истражување е едно од првите кај нас што ја обработува оваа тематика, што е показател за малата свесност за значењето на родителската благосостојба за третманот и исходот на детето, дополнително што високиот степен на депресивност додава дополнителни економски трошоци. Самиот факт што и примерокот мајките на деца со АСН и примерокот мајките на деца со ДРН во просек го надминаа критичниот скор за клинички значаен степен на депресивност, говори колку е аларматна состојбата.

Ограничувања на истражувањето

Недостатоци на ова истражување се: што се користеше пригоден примерок, а не случаен; истражувачот немаше технички можности да контролира некој релевантни варијабли (на пр. пол, возраст, ниво на образование итн); немаше можности да се овозможи поголем примерок; слабиот одзив и соработливост.

Немањето на официјален регистер на деца со аутизам и други пречки во развојот е бариера за правење случаен примерок за истражување, и се отежнува патот за стапување на контакт со семејствата, па истражувачите се приморани на пригодни примероци. Тоа секако е и причина за немањето на можност истите да се селектираат врз основа на некој релевантни особини. Македонија е сè уште подрачје каде психолошките тестирања се табу тема, со предзнак на „ненормалност“ и откривање на самиот себе си пред другите. Што секако влијаеше на одзивот и соработката.

Секако ограничување е и немањето на мерни инструменти стандардизирани на македонска популација, при што се добиваат резултати кои не ја прикажуваат реалната состојба.

Истражувањето отвара многу теми за понатамошна обработка и истражување. Како на пример: како различните видови на социјална поддршка влијаат на родителите, како различни личносни особини влијаат на степенот на депресивност, како други особини на децата влијаат врз степенот на депресивност на родителите, како различни мерки за подобрување на родителската благосостојба влијае врз степенот на депресивност, дали исходот од третманот ја подобрува родителската благосостојба, кои се причините родителите на деца со аутизам да се чувствуваат депресивно, дали таа депресивност е возрастно определена и зависи од материјалната состојба, како родителската депресивност влијае на децата со аутизам, дали родителската депресивност го зголемува степенот на

депресивност кај детето со аутизам, дали и колку е застапено опсесивно-компулсивното нарушување кај овие родители итн.

Многу психолошки советувалишта во нашата земја тврдат дека анксиозноста во последните години е многу застапена, во овој контекст може да се истражува и застапеноста на анксиозноста кај овие родители.

Ова истражување и на него сличните, треба да дадат општ поттик за преземање на мерки за подобрување на психичката состојба кај овие родители и деца кои заслужуваат подобар живот.

V. ЗАКЛУЧОЦИ

Добиените наоди даваат огромен придонес како за теоријата така и за практиката. А пред се ја нагласува важноста на благосостојбата на родителите за третманот и исходот на нивните деца, време е светскиот тренд на посветеност на овие родители да се примени и кај нас. Заклучоци од ова истражување се:

- Мајките на деца со аутизам кои перцепираат поголема социјална поддршка не се разликуваат статистички значајно во степенот на депресивност од мајките на деца со аутизам кои перцепираат помала социјална поддршка.
- Мајките на деца со аутизам кои перцепираат помала социјална поддршка во просек покажаа поголем степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои перцепираат поголема социјална поддршка.
- Мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола се разликувата статистички значајно во степенот на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен локус на контрола.
- Мајките на деца со аутизам кои имаат надворешен локус на контрола во просек имаат поголем степен на депресивност од мајките на деца со аутизам кои имаат внатрешен локус на контрола.
- Мајките на деца со аутизам со поизразена симптоматологија статистички значајно имаат поголем степен на депресивност од мајките на деца со аутизам со помалку изразена симптоматологија.
- Мајките на деца со аутизам имаат статистички значајно повисок степен на депресивност од мајките на деца со други пречки во развојот и мајките на развојно типични деца.
- Мајките на децата со аутизам имаат значајно повисок степен на депресивност од мајките на типичните деца.
- Не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на типичните деца и мајките на децата со други развојни нарушувања.
- Не постои статистички значајна разлика во степенот на депресивност помеѓу мајките на децата со аутизам и мајките на децата со други развојни нарушувања.

- Не постојат статистички значајни разлики во перципираната социјална поддршка меѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други пречки во развојот и мајките на развојно типичните деца.
- Во просек мајките на деца со аутизам перцепираат најмала социјална поддршка од мајките на деца со други пречки во развојот и мајките на деца со типичен развој.
- Не постојат статистички значајни разлики во локусот на контрола помеѓу мајките на деца со аутизам, мајките на деца со други пречки во развојот и мајките на деца со типичен развој.

VI. ПРЕДЛОЗИ

Од спроведеното истражување произлегуваат следниве предлози, кои се наменети не само за родителите туку и за професионалците, институциите, општеството:

- Со оглед на тоа што нивото на информираност за аутизамот во Република Македонија е ниско, да се организираат семинари, јавни дебати, медиумски кампањи итн.
- Да се организира кампања за информирање на децата во основното образование и нивните наставници и родители (посебно за внатрешноста на држават) со посебностите на децата со аутизам и други пречки во развојот за рушење на предрасудите и нивна полесна инклузија во образовниот процес.
- Со оглед на тоа дека просечната возраст на дијагностицирање на аутизмот кај нас е доста повисока за разлика од западните земји, да се организираат семинари за педијатрите и општите лекари (како медицински лица кои најчесто први се во контакт со таквите деца) за детално запознавање со ова нарушување.
- Правење на единствен национален регистар на деца со аутизам, а секако и на деца со други пречки во развојот.
- Да се отворат Центри за Аутизам во поголемите градови, кои ќе се состојат од цел стручен тим за првична поддршка на родителите, нивно запознавање со нарушувањето и насочување за понатамошната рана интервенција како најважна.
- Да се отворат повеќе дневни центри за децата со аутизам и други развојни нарушувања.
- Да се направат родителски групи за психолошка поддршка на родители на деца со аутизам, во кои стручни лица психолози ќе помагаат за полесно нивно соочување со нарушувањето на нивните деца и нивна меѓусебна емоционална поддршка.
- На институтите за Дефектологија и Психологија да се воведат задолжителен предмет Психологија на родители на деца со посебни потреби, за да имаме стручни лица кои длабински ќе ги разбираат психолошките потреби на тие родители.
- Идните дефектолози за го изучуваат предметот Психолошко советување.

- Бидејќи на државно ниво за повеќето образовни интервенции кои во светот се покажале како корисни за децата немаме лиценцирани дефектолози за нив, државата да направи национална стратегија за обезбедување на финасиски сретства за нивно едуцирање во странство.
- Обезбедување на финасиски надомест за семејствата на деца со аутизам кои се наоѓаат во лоша економска состојба.
- Вработување на дефектолози во предучилишното и основното образование, за полесна инклузија на децата со посебни потреби.
- Обезбедување на финасиски средства за правење на епидемиолошки студии за аутизам, бидејќи првата и единствена е од 2005 година.
- Откажување на државта од данокот на додадена вредност на безглутенските продукти потребни за безглутенската диета на децата со аутизам.
- Укинување на повеќе валетните вакцини, за кои истражувањата се повеќе укажуваат на нивна поврзаност со аутизмот. И секако високо контролирана и транспарентна набавка на вакцините.
- Воведување на предметот Аутизам на Институтот за психологија, бидејќи образовниот профил психолог покрај тоа што со различни психотерапии може да работи со децата со аутизам и да учествува во дијагностиката, исто така може подобро разбирајќи ја природата на ова нарушување да пружа квалитетна психолошка поддршка на родителите.
- Основање на единствено национално здружение на родители на деца со аутизам и родители на деца со други пречки во развојот, кое ќе биде посветено и насочено единствено на родителските проблемни социјални, економски и психолошки. Тоа ќе се занимава со консолидација на загрозените и силно општествено дејствување.
- Обезбедување на информативни и едукаторски семинари и собири за поширокот семејство на детето со аутизам (баба, дедо, тетка, брат, сестра итн), за кои покрај тоа што им е поребена емоционална и социјална поддршка, тие се и основната најблиска поддршка на родителите и децата.

- Исто така во Македонија сè уште немаме податоци колкав е бројот на возрасни лица со аутизам и во каква состојба се наоѓаат тие пред сè економска. Да се направи истажување за бројот на возрасни лица со аутизам.
- Да се направи кампања за запознавање на работодавачите со особините на лицата со аутизам т.е кои се нивните предности за одредени работни места.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abramson, R. K., Ravan, S. A., Wright, H. H., Wieduwilt, K., Wolpert, C. M., Donnelly, S. A., ... & Cuccaro, M. L. (2005). The relationship between restrictive and repetitive behaviors in individuals with autism and obsessive compulsive symptoms in parents. *Child psychiatry and human development*, 36(2), 155-165.
2. April, K. A., Dharani, B., & Peters, K. (2012). Impact of locus of control expectancy on level of well-being. *Review of European Studies*, 4(2), p124
3. Ajdinski, L. (2005). Condition, organization and directions in solving the problem of people with autism in the Republic of Macedonia. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 6(1-2), 43-52.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub
5. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
6. American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
7. American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders second edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
8. Baxter, A. J., Brugha, T. S., Erskine, H. E., Scheurer, R. W., Vos, T., & Scott, J. G. (2014). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders.
9. Benjak, T., Škes, M., Štefančić, V., Draušnik, Z., & Vajagić, M. (2015). Analiza šestogodišnjeg kretanja broja osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj i Gradu Zagrebu, 2008.-2013. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 51(2), 96-109.
10. Bujas-Petković, Z., & Škrinjar, J. F. (2010). *Poremećaji autističnog spektra-značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Školska knjiga. Zagreb.

11. Blacher, J., & McIntyre, L. L. (2006). Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: Cultural differences in family impact. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 184-198.
12. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3(2), 37-43.
13. Brown, M. (2014). Caregiver depression and social support in families with children with autism. The University of Oregon Graduate School.
14. Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(4), 208-215.
15. Bibić, Ž. (2009). Depresija. In *Mentalno zdravlje*. Novi Sad: Novosadski humanitarni centar (NSHC).
16. Blatnik, S., Selimović, S., Mujezinović, A. (2013). Vrste tretmana i njihova uspješnostnog u radu osoba sa poremećajem autističnog spektra. iLearn projekt. Retrived February 15, 2015, from www.ilearn-project.eu
17. Blanchard, L. T., Gurka, M. J., & Blackman, J. A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 117(6), e1202-e1212.
18. Blacher, J., & Christensen, L. (2011). Sowing the seeds of the autism field: Leo Kanner (1943). *Intellectual and developmental disabilities*, 49(3), 172-191.
19. Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychological medicine*, 25(1), 63-77.
20. Baghdadli, A., Picot, M. C., Michelon, C., Bodet, J., Pernon, E., Burstezjn, C., ... & Aussilloux, C. (2007). What happens to children with PDD when they grow up?

Prospective follow-up of 219 children from preschool age to mid-childhood. *Acta*

psychiatrica scandinavica, 115(5), 403-412.

21. Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2010). Aspects of quality of life in adults diagnosed with autism in childhood: A population-based study. *Autism*, 1362361309346066.
22. Bryson, S. E. (1996). Brief report: Epidemiology of autism. *Journal of autism and Developmental Disorders*, 26(2), 165-167.
23. Charman, T., Taylor, E., Drew, A., Cockerill, H., Brown, J. A., & Baird, G. (2005). Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: Predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 500-513.
24. Chen, J. L., Leader, G., Sung, C., & Leahy, M. (2015). Trends in employment for individuals with autism spectrum disorder: a review of the research literature. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(2), 115-127.
25. Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814-823.
26. Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
27. Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
28. Conner, C. M., & White, S. W. (2014). Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(6), 617-624.
29. Christensen, J., Grønberg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parner, E. T., Pedersen, L. H., & Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *Jama*, 309(16), 1696-1703.

30. Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2015). Coping strategies as mediators and moderators between stress and quality of life among parents of children with autistic disorder. *Stress and Health*, 31(1), 5-12.
31. Dunst, C. J., Jenkins, V., & Trivette, C. M. (1984). Family support scale: Reliability and validity. *Journal of Individual, Family, and Community Wellness*, 1(4), 45-52.
32. Dukarić, M., Ivšac Pavliša, J., & Šimleša, S. (2014). Prikaz poticanja komunikacije i jezika kod dječaka s visokofunkcionirajućim autizmom. *Logopedija*, 4(1), 1-9.
33. Dobrotić, I., & Laklija, M. (2012). Obrasci društvenosti i percepcija izvora neformalne socijalne podrške u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 21(1 (115)), 39-58.
34. Falk, N. H. (2012). *The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism* (Doctoral dissertation, University of Tasmania).
35. Fairthorne, J., Jacoby, P., Bourke, J., de Klerk, N., & Leonard, H. (2015). Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with autism spectrum disorder: A retrospective cohort study. *Autism*, 1362361314566048.
36. Feinstein, A. (2010). *A history of autism: Conversations with the pioneers*. John Wiley & Sons.
37. Fernell, E., Eriksson, M. A., & Gillberg, C. (2013). Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review. *Clinical epidemiology*, 5(1), 33-43.
38. Finn, M. (1997). In the case of Bruno Bettelheim. *First Things*, 44-48.
39. Fuentes, J., Bakare, M., Munir, K., Aguayo, P., Gaddour, N., & Öner, Ö. (2014). Autism spectrum disorder. *Rey JM*.
40. Fombonne, E. (2005). The changing epidemiology of autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(4), 281-294.
41. Fombonne, E. R. I. C. (2012). Epidemiology of autism. *A Historical Perspective on Autism* 6, 9.
42. Đorđević, M., & Banković, S. (2011). Subklinički znaci autizma kod osoba sa intelektualnom ometenošću2.

43. Glumbić, N., Brojčin, B. B., & Đorđević, M. V. (2013). Rana intervencija kod dece s poremećajima autističkog spektra. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 12(1).
44. Gong, Y., Du, Y., Li, H., Zhang, X., An, Y., & Wu, B. L. (2015). Parenting stress and affective symptoms in parents of autistic children. *Science China Life Sciences*, 58(10), 1036-1043.
45. Gallagher, S., Phillips, A. C., Lee, H., & Carroll, D. (2015). The association between spirituality and depression in parents caring for children with developmental disabilities: social support and/or last resort. *Journal of religion and health*, 54(1), 358-370.
46. Gajić, T. (2015) . Poremećaji autističnog spektra 12 JU Centar „Zaštiti me”, Banja Luka.
47. Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 448-454.
48. Grant, W. B., & Soles, C. M. (2009). Epidemiologic evidence for supporting the role of maternal vitamin D deficiency as a risk factor for the development of infantile autism. *Dermato-endocrinology*, 1(4), 223-228.
49. Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 231-237.
50. Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of developmental and physical disabilities*, 14(2), 159-171.
51. Howe, D. (2006). Disabled children, maltreatment and attachment. *British Journal of Social Work*, 36(5), 743-760.

52. Hill, A. P., Zuckerman, K., & Fombonne, E. (2013). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders.
53. Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*, 9(2), 125-137.
54. Hrnjica, S. (2011). Roditeljstvo dece sa ometenošću-izazovi i teškoće u njegovoj realizaciji. u: Mitić M.[ur.]. Deca sa smetnjama u razvoju, potrebe i podrška, Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
55. Hoseini, S. S., Panaghi, L., Habibi, M., Davoodi, J., & Monajemi, M. B. (2015). The Relation between Social Support and Marital Satisfaction & Couples' Depression after the Birth of the First Child.
56. Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642.
57. Harper, A., Dyches, T. T., Harper, J., Roper, S. O., & South, M. (2013). Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(11), 2604-2616.
58. Jones, J., & Passey, J. (2004). Family Adaptation, Coping and Resources: Parents Of Children With Developmental Disabilities and Behaviour Problems. *Journal on developmental disabilities*, 11(1), 32-46.
59. Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: the mediating role of mindfulness and acceptance. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 171-185.
60. Kousha, M., Attar, H. A., & Shoar, Z. (2015). Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Health Care*, 1367493515598644

61. Krstić, T. (2013). *Majke hronično ometene dece: Prihvatanje dijagnoze i prevladavanje stresa*. (Doktorska disertacija: Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet).
62. Levy, S. E., & Hyman, S. L. (2015). Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 117-143.
63. Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational Regulation Theory: A New Approach to Explain the Link Between Perceived Social Support and Mental Health. *Psychological Review*, 118(3), 482-495.
64. Lazor, M., Marković, S., & Nikolić, S. (2008). Priručnik za rad sa decom sa smetnjama u razvoju. Novi Sad: Novosadski humanitarni centar.
65. Littlewood, K., Swanke, J. R., Strozier, A., & Kondrat, D. (2012). Measuring social support among kinship caregivers: Validity and reliability of the Family Support Scale. *Child welfare*, 91(6).
66. Macuka, I. (2010). Osobne i kontekstualne odrednice roditeljskog ponašanja. *Suvremena psihologija*, 13(1), 63-80.
67. Mannion, A., & Leader, G. (2016). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with autism spectrum disorder: A two year follow-up. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 22, 20-33.
68. Mitić, M., (2011). Roditeljstvo dece sa ometenošću-izazovi i teškoće u njegovoj realizaciji. u: Mitić M.[ur.]. *Deca sa smetnjama u razvoju, potrebe i podrška*, Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
69. Mukaetova-Ladinska, E. B., & Stuart-Hamilton, I. (2016). Adults with Autism Spectrum Disorder (ASD): Service User Perspective on Ageing Transition (S). *American Journal of Autism*, 2(1), 1-11.
70. Mesibov, G. B., & Shea, V. (2010). The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(5), 570-579.

71. Mazefsky, C. A., McPartland, J. C., Gastgeb, H. Z., & Minshew, N. J. (2013). Brief report: Comparability of DSM-IV and DSM-5 ASD research samples. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(5), 1236-1242.
72. Mills, R. A. (2014). *Marital adjustment in parents of multiple children with autism spectrum disorders* (Doctoral dissertation, University of Central Florida Orlando, Florida).
73. McStay, R., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H., & Begeer, S. (2013, October 8). Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. Retrieved from <http://aut.sagepub.com/content/early/2013/10/08/1362361313485163>
74. Machado Junior, S. B., Celestino, M. I. O., Serra, J. P. C., Caron, J., & Pondé, M. P. (2014). Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder. *Developmental neurorhabilitation*, (0), 1-8.
75. Marcus, M., Yasamy, M., Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression A Global Public Health Concern*. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse
76. Moqbel, M., & Little, L. (2014). Social networking site use among caregivers of children with Autism Spectrum Disorders.
77. Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C., & Pastor, G. (2015). Parenting Stress in Families of Children with Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 0014402915585479
78. Мурцева-Шкарик, О. (2009). *Психологија на детството и на адолесценцијата*. Скопје: Филозофски факултет.
79. Nahar, N. (2015). *Level of depression of mothers of children with autism spectrum disorders* (Doctoral dissertation, Bangladesh Health Professions Institute (The academic institute of CRP), University of Dhaka).
80. Насковска М., Белевска Д. (2014). *Стрес кај родителите на деца со аутизам*. Во: Сојуз на дефектолози на Република Македонија, ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести, издавачи, Труд од Првиот симпозиум за

первазивни развојни нарушувања; Струга, Македонија. Скопје: Академски печат; стр. 359-366.

81. Nenadovic, V., & Stokic, M. (2015). Specificnosti komunikacijskih profila roditelja i dece sa autističkim spektrom poremećaja. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 14(1).
82. Нолчева М. (2015). Стрес, начини на справување и поддршка на родители на деца со аутистичен спектар на нарушување. Магистерски труд. Скопје: Филозофски факултет, 1-132.
83. Obeid, R., & Daou, N. (2015). The effects of coping style, social support, and behavioral problems on the well-being of mothers of children with autism spectrum disorders in Lebanon. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 59-70.
84. Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543.
85. Ornoy, A., Weinstein-Fudim, L., & Ergaz, Z. (2015). Prenatal factors associated with autism spectrum disorder (ASD). *Reproductive Toxicology*, 56, 155-169.
86. Ostryn, C., Wolfe, P. S., & Rusch, F. R. (2008). A review and analysis of the picture exchange communication system (PECS) for individuals with autism spectrum disorders using a paradigm of communication competence. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 33(1-2), 13-24.
87. Panerai, S., Ferrante, L., & Zingale, M. (2002). Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach.
88. Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Reducing problem behavior during caregiving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 362-385.
89. Plumb, J. (2011). The impact of social support and family resilience on parental stress in families with child diagnosed with an autism spectrum disorder. University of Pennsylvania.

90. Pettijohn II, T., Pettijohn, T., & Sacco, D. (2005). A locus of control measure as a teaching demonstration. *Psychological Reports, 97*(666).
91. Rajnović, S. (2001) Poticanje komunikacije u radu s djecom s autizmom primjenom PECS (The Picture Exchange Communication System) programa – magistarski rad, Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet
92. Rinčić, M. (2014). Molekularna citogenetika nekih neurorazvojnih poremećaja (Doctoral dissertation, Sveučilište u Zagrebu).
93. Rimland, B. (1964). Infantile autism: The syndrome and its implications for a neural theory of behavior.
94. Reaven, J., Washington, L., Moody, E. J., Stern, J. A., Hepburn, S. L., & Blakeley-Smith, A. (2015). Examining the Relationship Between Parental Anxiety and Treatment Response in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder and Anxiety. *Journal of autism and developmental disorders, 1-10*.
95. Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied psychological measurement, 1*(3), 385-401.
96. Resch, J. A., Elliott, T. R., & Benz, M. R. (2012). Depression among parents of children with disabilities. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare, 30*(4), 291-301.
97. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied, 80*(1), 1.
98. Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons.
99. Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(4-5), 300-312.

100. Stankova, T., & Trajkovski, V. (2010). Attitudes and opinions of employers, employees and parents about the employment of people with autism in the Republic of Macedonia. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 11(3-4), 16-29.
101. Stanković, M., Lakić, A., & Ilić, N. (2012). Autism and autistic spectrum disorders in the context of new DSM-V classification, and clinical and epidemiological data. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 140(3-4), 236-243.
102. Seltzer, M., Krauss, M., Orsmond, G., & Vestal, C. (2001). Families of Adolescents and Adults with Autism: Uncharted Territory. *International review of research in mental retardation*, 23, 267-284.
103. Shojaee, M., & French, C. (2014). The Relationship between Mental Health Components and Locus of Control in Youth. *Psychology*, 2014.
104. Seixas, A. A., James, C., Jean-Louis, G., Butler, M., Zizi, F., & Gardner, A. (2015). The Mediating Effects of Social Support and Locus of Control on the Relationship between Post-Traumatic Stress and Depressive Symptoms in a Jamaican University Sample.
105. Sarajlija, A., Đurić, M., & Kisić-Tepavčević, D. (2013). Health-related quality of life and depression in Rett syndrome caregivers. *Vojnosanitetski pregled*, 70(9), 842-847.
106. Surén, P., Roth, C., Bresnahan, M., Haugen, M., Hornig, M., Hirtz, D., ... & Schjølberg, S. (2013). Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *Jama*, 309(6), 570-577.
107. Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. *The handbook of health psychology*, 189-214.
108. Tamaš, D. (2010). Possibility of prognosis of the outcome of autistic disorder. *Psihijatrija danas*, 42(2), 147-155.
109. Trajkovski, V., Vasilevska, K., Ajdinski, L., & Spiroski, M. (2005). Epidemiological characteristics of autism in Republic of Macedonia. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 6(3-4), 25-39.

110. Трајковски, В., Ајдински, Ј. & Спироски, М. (2002). Права на лицата со аутизам во Република Македонија. Скопје: Македонско научно здружение за аутизам.
111. Трајковски, В. (2011). Аутизам и первазивни развојни нарушувања (р. 412). Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија.
112. Thoits, P. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
113. Vučić, B., & Ekić, S. (2015). Utjecaj depresivnog roditelja na razvoj djeteta JAHS. 2015; 1(2): 139-143 .
114. Weidle, B., Bolme, B., & Hoeyland, A. L. (2006). Are peer support groups for adolescents with Asperger's syndrome helpful?. *Clinical child psychology and psychiatry*, 11(1), 45-62.
115. Wolff, S. (2004). The history of autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(4), 201-208.
116. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
117. Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV?. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 768-773.
118. Young, R. L., & Rodi, M. L. (2014). Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 44(4), 758-765.
119. Чадловски, Г. (2006). Психопатологија. Скопје: Печатница „Софија“ – Богданци.

VIII. ПРИЛОЗИ

Прилог 1 Скала за проценка на поддршката во семејството- FSS

Ве молиме заокружете го бројот на најдобриот опис колку ви биле од помош овие луѓе и групи од луѓе на вас и вашата фамилија во минатите 3 до 6 месеца. Вашата прва реакција на секоја ставка треба да биде ваш одговор. Ако некој од овие луѓе или групи од луѓе се

непознати за вас и вашето семејство, тогаш означете како недостапно во колоната Д/Н (достапно/недостапно). Ако имате помош од некој што не е наведен во оваа листа, на крајот во празните места дополнете и вреднувајте.

	Не е достапна помош	Воопшто не се од помош	Понекогаш се од помош	Генерално се од помош	Многу се од помош	Се од огромна помош
1. Моите родители	НД	1	2	3	4	5
2. Родителите на сопругот/партнерот	НД	1	2	3	4	5
3. Моите роднини	НД	1	2	3	4	5
4. Роднините на сопругот/партнерот	НД	1	2	3	4	5
5. Сопругот или партнерот	НД	1	2	3	4	5
6. Моите пријатели	НД	1	2	3	4	5
7. Пријателите на сопругот/партнерот	НД	1	2	3	4	5
8. Моите деца	НД	1	2	3	4	5
9. Соседите	НД	1	2	3	4	5
10. Други родители	НД	1	2	3	4	5
11. Колеги	НД	1	2	3	4	5
12. Членовите од групи за семејна поддршка	НД	1	2	3	4	5
13. Социјални групи/клубови (Здруженија на лица со инвалидност)	НД	1	2	3	4	5
14. Црквата или нејзини членови	НД	1	2	3	4	5
15. Семеен лекар или педијатар	НД	1	2	3	4	5
16. Програмата за рана интервенција	НД	1	2	3	4	5
17. Училишниот/дневниот центар	НД	1	2	3	4	5
18. Професионална помош (социјални работници, терапевти, наставници итн.)	НД	1	2	3	4	5
19. Професионални агенции (јавно здравство, социјални услуги, ментално здравје итн.)	НД	1	2	3	4	5
20. _____	НД	1	2	3	4	5
21. _____	НД	1	2	3	4	5

Прилог 2

Скала за проценка на степен на депресивност- CES-D

Упатство: Долу е листа на некој начини на кои сте се можеби чувствувале или однесувале, ве молиме наведете колку често во текот на минатата недела сте се чувствувале така.

Одговорете на сите прашања.

Минатата недела...

1. Помалку од 1 ден 2. 1-2 дена 3. 3-4 дена 4. 5-7 дена

1. Ми сметаа работи кои обично не ми сметаат.

2. Не ми се јадеше. Мојот апетит беше лош.

3. Се чувствував дека неможам да се ослободам од тагата, дури и со помош на моето семејство.

4. Се чувствував дека сум добро како и другите луѓе.

5. Имав проблем да го задражам умот на тоа што го правам.

6. Се чувствував депресивно.

7. Чувствував дека се што направив беше напор.

8. Чувствував надеж за иднината.

9. Мислев дека мојот живот беше неуспех.

10. Се чувствував уплашено.

11. Мојот сон беше немирнен.

12. Бев среќна.

13. Разговарав помалку од обично.

14. Се чувствував осамено.

15. Луѓето беа непријателски расположени.

16. Уживав во животот.

17. Имав склоност кон плачење.

18. Се чувствував тажно.

19. Чувствував дека луѓето не ме сакаат.

20. Неможев да речам „Да одиме,“.

Прилог 3 Скала за утврдување на степенот на аутистично нарушување (Childhood Autism Rating Scale- CARS).

Однос кон луѓето			
------------------	--	--	--

1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Вербална и моторна имагинација 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Емоции 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Свесност за телото 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Однос кон предметите 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Адаптација на промена 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Визуелна перцепција 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Аудитивна перцепција 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Респонсивност на рецепторите на бразина 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Анксиозни реакции 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Вербална комуникација 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Ниво на активност 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Невербална комуникација 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Интелектуално функционирање 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
Општи впечатоци 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4;			
ВКУПНО:			

Прилог 4

Скала за процена на локус на контрола LOC

Ве молиме, означете точно или неточно кај тврдењата кои најмногу одговараат на вашите уверувања. Прво прочитајте ги сите пред да одговарате.

Обично го добивам тоа што го сакам во животот.

Мора да бидам информиран за новите случувања.
Никогаш не знам на што сум со другите луѓе.
Јас навистина неверувам во среќа или случајност.
Мислам дека лесно можам да добијам на лотарија.
Ако не успеам во задачата, јас се откажувам.
Обично ги убедувам другите да работат по мое.
Луѓето прават разлика во контролата на криминалот.
Мојот успех во главно е случајност.
Бракот во главно е коцкање за повеќето луѓе.
Луѓето мора да бидат господари на својата судбина.
Не е важно за мене да се гласа.
Мојот живот изгледа како низа од случајни случувања.
Никогаш не се обидувам ако не сум сигурен.
Јас сум ја заслужим порита која сум ја здобил.
Човек може да се обогати ако презима ризик.
Лидерите се успешни ако работат напорно.
Упорната и напорната работа доведуваат до успех.
Тешко е да се знае кои се прави пријатели.
Други луѓе обично го контролираат мојот живот.

Прилог 5 **Демографски прашалник**

Општи податоци:

1. Која е вашата возраст (наведете во години)? _____

2. Националност: _____

3. Брачен статус:

- а) во брак
- б) вонбрачна заедница
- в) разведени
- г) одвоени
- д) вдовец/вдовица
- ѓ) самохран родител
- е) останато _____

4. Образование:

- а) неписмен
- б) основно образование
- в) средно образование
- г) вишо образование
- д) високо образование

5. Работен однос:

- а) двата родители вработени
- б) еден родител вработен (наведете кој: _____)
- в) двата родители невработени

6. Вкупен приход во домаќинството: _____

II Податоци во врска со Вашето дете:

1. Пол:

- а) машки б) женски

2. Датум на раѓање: ____/____/____

3. Националност: _____

4. Која е дијагнозата на Вашето дете? _____

5. На која возраст Вашето дете ја доби дијагнозата? Ве молиме наведете колку што можете попрецизно, месец и година _____

6. Колку години имаше Вашето дете кога ја доби дијагнозата?

а) помалку од 12 месеци

б) од 12 до 17 месеци

в) од 18 до 23 месеци

г) 2 години

д) 3 години

ѓ) 4 години

е) 5 години

ж) 6 години

з) над 6 години (наведете точно: _____)

7. Кој ја постави дијагнозата?

а) Педијатар

б) Доктор по општа медицина

в) Психијатар

г) Невропсихијатар

д) Стручен тим на професионалци (Завод за ментално здравје)

ѓ) Доктор по семејна медицина