

УНИВЕРЗИТЕТ „Св. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ – СКОПЈЕ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ
ИНСТИТУТ ЗА ДЕФЕКТОЛОГИЈА
ПОСЛЕДИПЛОМСКИ СТУДИИ ПО ДЕФЕКТОЛОГИЈА



**АНАЛИЗА НА СЕРВИСНИОТ МОДЕЛ НА РАНА
ИНТЕРВЕНЦИЈА ВО ЗАВОДОТ ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ
КАКО ПОДДРШКА ВО ПРОЦЕСОТ НА ИНКЛУЗИЈА**

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Ментор :
Проф. д-р Зора Јачова

Кандидат:
Ванеса Андова Стојанова

СКОПЈЕ, 2012

*Да ги отвориме нашите умови кон областите на учење и развој кои
не можат да се квантифицираат*

*Да ги отвориме нашите умови кон ресурсите и креативноста кои
лежат во секоја индивидуа*

*Да ги отвориме нашите умови кон потенцијалите за олеменување на
заедницата кои ги поседува секоја личност*

446 2643

7.05 2012

СОДРЖИНА

| | |
|---|----|
| РЕЗИМЕ..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| ВОВЕД..... | 8 |
| І ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ..... | 11 |
| 1. Дефинирање на проблемот на истражување..... | 11 |
| 1.1 Реѓулаиторни процеси..... | 11 |
| 1.2 Рана инјервенција..... | 13 |
| 1.2.1 Идентификација..... | 13 |
| 1.2.2 Важността на раната инјервенција..... | 15 |
| 1.2.2.1 Промовирање на развојот..... | 15 |
| 1.2.2.2 Одржување на детската волја..... | 16 |
| 1.2.3 Суштина на раната инјервенција..... | 16 |
| 1.2.4 Улогата на семејството..... | 18 |
| 1.2.4.1 Поддршка на родителите – емоционална поддршка..... | 18 |
| 1.3 Програми за рана инјервенција..... | 22 |
| 1.4 Модели на рана инјервенција..... | 25 |
| 1.4.1 Развоен модел на инјервенција..... | 25 |
| 1.4.2 Модел на еколошка конгруентност (адаптивно усогласување – adaptive fit)..... | 27 |
| 1.4.3 Гуралников модел на ран развој и ризик фактори..... | 27 |
| 1.4.4 Ресурсно базиран модел на рана инјервенција на Данска и Тривест..... | 27 |
| 1.4.5 Модел на колаборативна консултација центриран на семејството..... | 28 |
| 1.5 Модели на услужни системи за рана инјервенција..... | 28 |
| 1.6 Модели на работата со семејствата во процесот на рана инјервенција..... | 29 |
| 1.7 Дијагноза и процена на развојните можности и способности..... | 32 |
| 1.7.1 Ојсервација..... | 32 |
| 1.7.2 Процена и дијагноза во процесот на инјервенција..... | 33 |
| 1.8 Принципи на рана инјервенција..... | 37 |
| 1.9 Сервисни служби за рана инјервенција..... | 38 |
| 1.10 Тимска работа..... | 41 |
| 1.10.1 Сџручен тим за рана инјервенција..... | 43 |
| 1.10.2 Модел на тимска динамика..... | 44 |
| 1.10.2.1 Инјеракциски модел на тим Мултидисциплинарен, инјердисциплинарен и трандисциплинарен... | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 1.11 Улогата и задачите на дефектологот во процесот на рана интвенција..... | 46 |
| 1.12 Мултидисциплинарна работа..... | 49 |
| 1.13 Сервисна служба Завод за ментално здравје на деца и младици „Младоси“..... | 50 |
| 1.13.1 Членови на тимот во рамките на сервисната служба за рана интвенција во Заводот за ментално здравје..... | 54 |
| 1.13.1.1 Лекар (педијатар, психијатар, невролог)..... | 54 |
| 1.13.1.2 Медицинска сестра..... | 54 |
| 1.13.1.3 Дефектолог..... | 55 |
| 1.13.1.4 Лоѓојед..... | 56 |
| 1.13.1.5 Психолог..... | 56 |
| 1.13.1.6 Педагог..... | 57 |
| 1.13.1.7 Социјален работник..... | 58 |
| 1.13.1.8 Биолог..... | 58 |
| 1.13.1.9 Специјалисти стоматолог-ортодонти..... | 58 |
| 1.14 Транзиции во системот..... | 59 |
| 1.14.1 Индукција и транзиција..... | 59 |
| 2. Инклузија..... | 60 |
| 2.1 Од интеграција до инклузија: повеќе од смена на терминологија..... | 63 |
| 3. Иновација – зошто и што..... | 69 |
| 3.1 Активна технологија..... | 71 |
| 4. Релевантни исјажувања..... | 74 |
| II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО..... | 77 |
| 1. Предмет на исјажувањето..... | 77 |
| 1.1 Клучни поими..... | 77 |
| 2. Цел и карактер на исјажувањето..... | 79 |
| 3. Задачи на исјажувањето..... | 80 |
| 4. Хипотези..... | 81 |
| 5. Варијабли на исјажувањето..... | 82 |
| 5.1. Зависна варијабла..... | 82 |
| 5.2. Независни варијабли..... | 82 |
| 6. Примерок на исјажувањето..... | 82 |
| 7. Методи, техники и инструменти на исјажувањето..... | 83 |
| 7.1 Методи..... | 83 |
| 7.2 Техники..... | 83 |
| 7.3 Инструменти..... | 83 |
| 8. Место и време на исјажување..... | 84 |
| 9. Анализа и интерпретација на податоците..... | 84 |
| III. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ПОДАТОЦИТЕ..... | 85 |
| 1. Популација и примерок..... | 85 |
| 2. Анализа на моделот на рана интвенција..... | 92 |

| | |
|--|------------|
| 3. Дешекција на развојни проблеми..... | 94 |
| 4. Место на дешекција на развојните проблеми..... | 97 |
| 5. Возраси на заочнување на прејман..... | 99 |
| 6. Улогата на дефектолози во службата за рана интервенција..... | 101 |
| 7. Законска рамка за регулирање на раната интервенција и меѓуинституционална соработка..... | 104 |
| 8. Меѓуинституционална соработка..... | 106 |
| 9. Партнерски однос со родители..... | 115 |
| 10. Примена на асистивна технологија во процесот на рана интервенција | 120 |
| 11. Потреби од промени..... | 122 |
| IV ЗАКЛУЧОЦИ..... | 146 |
| V ПРЕДЛОЗИ..... | 150 |
| ЛИТЕРАТУРА..... | 154 |
| ПРИЛОЗИ..... | 161 |
| <i>Анкетен лист (за воспитувачи, наставници, инклузивни тимови и служби од градинки и училишта).....</i> | <i>162</i> |
| <i>Анкетен лист (за стручниот тим од сервисната служба).....</i> | <i>166</i> |
| <i>Анкетен лист (за родителиите на деца вклучени во раноинтервенционен модел</i> | <i>169</i> |

РЕЗИМЕ

Андова Стојанова, В., Анализа на сервисниот модел на рана интервенција во Заводот за ментално здравје како поддршка во процесот на инклузија, магистерски труд, Филозофски факултет: Скопје, 2012; 1-170.

Организираната раноинтервентна постапка како помош и поддршка во процесот на инклузија на децата со посебни потреби има за цел промоција на способностите на детето „да постои и да прави“ преку стимулирање на родителите и на службите за поддршка за адекватно дејствување врз развојот на детето.

Целта на нашето истражување е да се изврши детална анализа на сервисниот модел на рана интервенција кој се применува во Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ како сервисна служба која нуди поддршка во процесот на инклузија на децата со развојни проблеми и посебни потреби.

Во истражувањето е користен пригоден примерок на испитаници што се состои од децата со посебни потреби кои се третираат во Заводот за ментално здравје, од родителите на децата кои се на третман, од воспитувачите од три редовни градинки, од наставници од одделенска настава од две редовни училишта и од професионалците од стручниот тим на Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“.

Анализата и интерпретацијата на резултатите покажува дека во системот за рана интервенција којшто е предмет на истражувањето застапен е *мултидимензионалниот семејно поврзан модел на рана интервенција*, а во однос на тимската соработка се применува одредена *форма на трандисциплинарниот модел на тимска интеракција*.

Дефектологот има јасно дефинирана улога во системот на рана интервенција.

Постојат јасно дефинирани потреби за промени во системите за рана интервенција и инклузија и кај професионалците од службите и кај корисниците на услугите од сервисните служби во согласност со процесот на модернизација којшто ги зафаќа сите сфери на инклузивното општество.

Клучни зборови: рана интервенција, сервисни служби за рана интервенција, инклузија.

ABSTRACT

Andova Stojanova, V., Analysis of the early intervention service model in the Institute for mental health as support in the process of inclusion, Master thesis, Faculty of Philosophy: Skopje, 2012; 1-170.

Organized early intervention approach as help and support in the inclusion process of the children with special needs has a purpose to promote the child's abilities "to exist and to do" through activating the parents and support services in organizing adequate activities for stimulating the child's development.

The purpose of this research is making detailed analysis of the early intervention service model which is applied in the Institute for mental health in children and youth "Mladost" as a support service in the process of inclusion of the children with developmental problems and special needs.

The purpose group consists from the children with special needs that are undergoing treatment in the Institute for mental health, the parents of the children, the kindergarten educational professionals from three regular kindergartens, the educators from three regular primary schools and the team of the professionals from the Institute for mental health in children and youth "Mladost".

The analysis and interpretation of the research results shows that in the early intervention system which is the interest of our research the multidimensional family-related model of early intervention is applied, and in the meaning of team collaboration a form of transdisciplinary model of team interaction is used.

The special educator has clearly defined role in the early intervention system.

There are defined needs for changes in the systems of early intervention and inclusion by the professionals from the early intervention and inclusion services and the service users according to the modernization processes that are taking its turn in all parts of the inclusive society.

Key words: early intervention, early intervention services, inclusion.

ВОВЕД

Организираната раноинтервентна постапка како помош и поддршка во процесот на инклузија на децата со посебни потреби има за цел промоција на способностите на детето „да постои и да прави“ преку стимулирање на родителите и на службите за поддршка за адекватно дејствување врз развојот на детето. Стратегијата во основа овозможува организирање на средина за помош и поддршка со цел промоција на способностите за учење, односно развивање и усвојување и на посакуваните способности и начини на однесување.

„Тренингот“ на детскиот развој претставува интерактивен процес на интервенции, опсервации и евалуации во кој „тренерот“ ги промовира и способностите на други индивидуи за поддршка на детето во развојот.

Тренингот овозможува развој на компетенции за имплементација на стратегии за подобрување на способностите за учење и учество во секојдневните активности, како и способности за генерализација и примена на решенијата на одредени проблеми во нови и различни услови, со други луѓе и во нова средина, притоа имајќи повратен одговор за успешноста на постапките во предизвикување промени.

Целта на тренерот во однос на оној што учи е да обезбеди конзистентност во постапките преку кои ќе му овозможи, во овој случај, на детето со посебни потреби да ги зголеми можностите и способностите за себедоживување, самокорекција и генерализација на нови способности и стратегии за адекватно однесување и во други ситуации.

Овој начин на организирање на раноинтервентната постапка и третман условен е од структурирањето на одредените организациски целини на постапката, и тоа заедничко планирање, набљудување, дејствување, спроведување активности, евалуација на спроведените активности и фидбек од целната група.

Бројни истражувања утврдиле дека поголемиот број услуги и служби што нудат услуги е во негативен сооднос со нивото на добросостојба на семејството и напредокот на детето со посебни потреби.

Значи, колку повеќе услуги се добиваат, пониско е нивото на ефективностa врз развојот и врз родителското и семејното функционирање.

Инклузијата пак во општествени рамки опфаќа пошироко поле на дејствување надминувајќи ги тесните рамки на училишно ориентираните сфаќања.

Популарноста на инклузијата како идеја во образованието веројатно се заснова на нераскинливите врски што ги има со поширокото значење на инклузијата во општеството, општество во коешто секој член е значаен и придонесува. Најважна цел е инклузија во општеството.

Инклузивната филозофија повторно добива на значење со промените во општеството, со востановување на либералниот политички систем и плуралистичката култура која придава важност на различноста и ја промовира припадноста кон општеството и еднаквите можности на секој член од заедницата. Инклузијата треба да се наоѓа длабоко во срцето на секое општество што ги почитува овие вредности. Не треба да постои премислување околу идејата дека училишната популација на деца и млади луѓе кај кои се воспоставени вредностите на почитување на различностите на другите ќе продуцира образовен систем кој ќе биде посензитивен и похуман, а ќе влијае и на раѓањето на новата популација која ќе биде потолерантна и поприемчива кон различностите. Во инклузивното училиште сите ќе имаат придобивки.

Инклузијата понекогаш се презентира како еднонасочен и толку очигледно успешен процес во стилот на една величина одговара на сите (one size fits all) пристапи.

Поголемиот број дебати околу инклузивното образование се засновани доминантно на филозофски, социолошки и политички гледишта. Настојувањата за инклузија во образованието понекогаш изгледа дека се водени од определена политика и поддржани од теоретски претпоставки, не од емпириски докази. Одејќи уште подлабоко се чини дека овие политичко-социолошки дебати околу инклузивното образование примарно се свртени кон она што означува социјално (општествено) добро отколку кон утврдувањето на потребите на поединецот. Се разбира, лицата кои се вклучени во образованиот процес, вклучувајќи ги и оние што работат со децата со посебни потреби ќе се поклонници на перспективата која примарно ќе ги почитува правата на детето индивидуа.

Една од главните водечки линии во процесот на инклузија ги става во прв ред правата на секое дете со посебни потреби вклучувајќи го и правото на секој

ученик да биде едуциран во неговата социјална средина заедно со сите негови врсници, а со цел да биде постојан член на училишната средина. Но оваа линија не ги исклучува и правата на родителите и учениците да бидат консултирани и вклучени во одлуките околу едукативниот процес.

Друг ефект од процесот на инклузија ќе претставува нагласувањето на важноста на употребата на „говорот на попреченоста и различноста“ во училиштата како и напорите за да се обезбедат и осигураат еднаквите можности на секое дете и секое дете да се чувствува добредојдено.

Важен момент во процесот на инклузија е и остварувањето на социјалните цели, а во врска со едукативната инклузија, ставајќи акцент на придобивките на целата едукативна средина.

Во согласност со ова, соодветно спроведената рана интервентна стратегија ќе овозможи полесен преод во наредните фази на развојот и во инклузивната образовна и социјална средина. Постапката што се заснова на развојните можности и способности на одредено дете, а што ги следи веќе одредените критериуми за развој на детето кое условно кажано нема посебни потреби и што има цел да биде ресурс за помош и поддршка на родителите и на наставниците од инклузивното училиште, а овозможува и проодност кон останатите служби за помош и поддршка, ќе обезбеди најголема ефективност.

I. Теоретски пристап кон проблемот на истражување

1. Дефинирање на проблемот на истражување

1.1 Регулаторни процеси

За разбирањето на развојните проблеми и развојот на интервентните стратегии во текот на третманот неопходно е запознавање со контекстот на проблемот со цел да се увиди комплексноста на конкретната ситуација за да се утврдат клучните точки од кои ќе се води и ќе се насочува интервентната стратегија.

Со цел да се добие јасна слика за развојниот систем, мора да ја земеме предвид комплексноста на регулаторните процеси кои се рефлектираат во развојот.

Утврдените базични мотиви во раниот развој овозможуваат согледување на комплексноста на развојните промени (Emde, Robinson, 2000)¹.

Активността е првиот и основен базичен мотив.

Доколку му се обезбеди конзистентна грижлива средина, детето е активно, ја испитува околината и е мотивирано да го „освои“ светот и да ги реализира развојните „агенди“.

Саморегулацијата се идентификува како втор базичен мотив. Саморегулацијата се однесува на смената на фазите на будност, насоченост на внимание, дистракција од одредени стимулуси во процесот на развој на свесноста за себе, мислењето, говорот и јазикот.

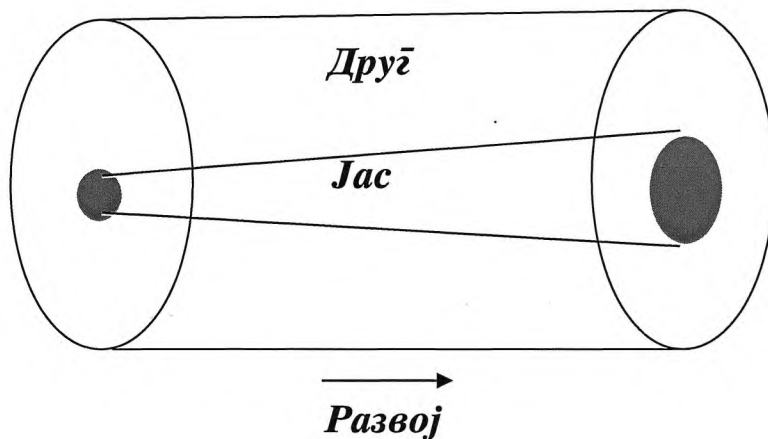
Социјална подготвеност (*fititidness*) е третиот базичен мотив и го опфаќа нивото до кое децата се мотивираат и се пренасочуваат за да иницираат, да одржат и да доведат до крај одредена интеракција.

Следниот мотив се означува како *афективен мониторинг*, а се однесува на согледувањата на пријатните или непријатни искуства кои ги доживува детето,

¹ Emde, R. N., Robinson, J., 2000. Guiding Principles for a Theory of Early Intervention: A Developmental-Psychoanalytic Perspective. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p. 160-179.

социјалното насочување и одредување на општоприфатеното значење на одреденото искуство како завршна фаза од афективниот мониторинг.

Регулацискиот развоен модел вклучува преплетување на влијанијата од средината и на саморегулациските фактори и постепено воспоставување развоен баланс.



Слика 1. Промена на рамнотежата помеѓу регулацијата од страна на другиот и саморегулацијата во текот на развојниот процес (Samerof, Fiese 2000)²

Според *транзакцискиот модел* на интервенција, промените во однесувањето се резултат на серија размени меѓу индивидуите во конкретниот систем, водејќи се од конкретни регулаторни принципи.

Системот е составен од категории означени како ремедијација, редефиниција и реедукација, трите Р на интервенцијата.

Кога ќе се дијагностицира детето, интервенцијата примарно се насочува кон ремедијација на биолошката дисфункција. Со подобрувањето на физикалниот статус детето ќе може подобро да се води во развојот од страна на родителите.

² Samerof, J. A., Fiese, H. B., 2000. Transactional regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p. 135-159.

Рedefиницијата се однесува на менувањето на ставовите кои родителите ги имаат кон однесувањето на детето. Реедукацијата ги менува начините на кои родителот се однесува кон детето.

Ваквата анализа ни овозможува да ја разбереме потребата од интервенција во развојот, да ги утврдиме главните фактори кои ќе бидат основа на дејствување во текот на третманот, поставувајќи ги на почетокот основните цели на интервенцијата преку кои ќе дејствуваме врз развојниот процес.

1.2 Рана интервенција

Раното детство е најкритичниот период од развојот на секое дете бидејќи од голема важност е стекнувањето на раното искуство и развојот на мозокот во целина. Причина за нагласување на важноста на раното дејствување и вклучување на детето во третман е способноста на мозочното ткиво на детето во тој период да го одржи функционалниот капацитет на мозокот. Клиничките искуства покажале дека со раната интензивна примена на програми за стимулација може да се постигнат големи резултати.

1.2.1 Идентификација

Во однос на раната идентификација на развојниот проблем може да се каже дека родителите се тие кои најчесто ги забележуваат проблемите на нивното дете, но се борат со фактот дека нешто навистина не е во ред и дека треба да се побара поддршка. Кога кај детето постои голем развоен проблем родителите за пократко време прифаќаат дека им е потребна поддршка. Родителите можеби и забележуваат дека нивното дете има одреден развоен проблем, но не се одлучуваат да го споделат со средината бидејќи во основа се јавуваат стравови дека нивното дете ќе биде етикетирано.

Кога родителите имаат мало искуство во однос на развојот на малото дете, може да се јави тешкотија во однос на прифаќање на фактот дека нивното дете е на некој начин поразлично од другите деца. Во некои семејства постојат и предрасуди во однос на прифаќањето на детето со посебни потреби и поради тоа треба да се вложи голем напор во однос на подигнување на свесноста на родителите дека нивното дете има одреден развоен проблем. Посебни проблеми се јавуваат во однос на прифаќањето на детето во поширокото семејство.

Раните искуства со кои родителите се здобиваат кога ќе се започне со барањето професионална помош и поддршка се од голема важност во однос на тоа како родителите ќе го доживеат проблемот на сопственото дете и какви ставови ќе изградат во понатамошната соработка со други професионалци од различни области кои ќе бидат дел од системот на поддршка на нивното дете.

Кога воспитувачките во градинките или наставниците од приемните одделенија во основните училишта ќе добијат впечаток дека одредено дете има некој проблем, потребно е внимателно да постапат, не да се откажат од преземање мерки или да избрзуваат со одредени заклучоци. Иако раната интервенција е неопходна, потребно е претходно да се расчистат работите за да се овозможи адекватна интервенција во оние делови од развојот каде што е најпотребно да се дејствува со цел постигнување развоен напредок. Опсервирањето на детето во текот на одреден период од неколку недели и нудење различни активности ќе им овозможи на воспитувачите и на наставниците да добијат голем број информации. Потребно е да се набљудува однесувањето на детето во различни ситуации и во тек на интеракциите со другите деца за да се добие впечаток за неговите комуникациски вештини и способности, нивото и сложеноста на неговата игра со цел да се добие покомплетна слика за природата на неговите потреби.

Добро би било да се води и *досие* во кое би се забележувале опсервациите бидејќи со тек на време овие забелешки ќе станат богатство на информации во врска со развојот на детето и врз таа основа ќе се градат согледувањата во врска со потребите на детето и ќе се споделат со родителите, колегите и другите професионалци со цел адекватна интервенција. На овој начин се обезбедува конструктивна комуникација на родителите и на професионалците, а претставува и појдовна точка за поставување реалистични цели. Опсервациите на однесувањето, комуникацијата, независноста, вниманието и играта на детето ќе овозможи да се дојде до сознание дали:

- детето покажува незрелост во одредени развојни аспекти,
- детето покажува емоционална нестабилност,
- постои потреба од поддршка во учењето на бихевиоралните шеми и
- постојат и други специфични развојни потешкотии.

Доколку развојот на детето е сериозно засегнат потребно е да се насочат родителите да побараат поддршка од службите кои ќе го проценат развојот и ќе ја утврдат потребата од развојни интервенции. Родителите понекогаш и свесно го одложуваат барањето на професионално мислење, мислејќи дека сето тоа ќе помине или „ќе чекаме па ќе видиме“. Ако не постојат сериозни развојни проблеми кај детето, професионалците од градинките и од училиштата може да го применат и принципот на чекање со цел родителите да се подготват психолошки да побараат помош. Во тек на овој период од голема помош ќе биде одржувањето на средби и разговори со родителите со цел да се поттикнат во процесот на прифаќање на постојниот развоен проблем на нивното дете и да побараат стручна помош и поддршка. *Сепак, од големо значење ќе биде да се формираат позитивни ставови кај едукативниот кадар во однос со родителите и пријатно да не се присилаат со осудување на родителот кој не презема чекор, туку да се изгради однос при кој ќе се јакне довербата на родителите во професионалците, а тие ќе бидат дел од системот за адекватна развојна поддршка на децата (Roffey, 1999c)³.*

1.2.2 Важноста на раната интервенција

1.2.2.1 Промовирање на развојот

Најобјективна причина за започнување на раната интервенција е фактот кој укажува дека колку порано ќе се започне со задоволување на посебните потреби на детето, толку е поверојатно дека ќе има поголем развоен напредок.

Малото дете, а особено децата во предучилишна возраст се најреспонивни и флексибилни, а нивниот мозок многу полесно се приспособува на промени и нови начини на функционирање. Се смета дека колку е помало детето кога се започнува со раната интервенција толку е поголема шансата за оптимален напредок, се разбира доколку програмата за рана интервенција е приспособена на развојното ниво и на посебните потреби на детето. Важно е кон детето да се пристапува како кон цела личност и да се дава важност на секоја област од неговиот раст и развој.

³ Roffey, S., 1999c. Early Identification and Communication with parents and carers. S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 53-69.

1.2.2.2 Одржување на детската волја

Во процесот на рана интервенција не секогаш се согледува важноста на волјата и самовреднувањето на детето. Кога кон детето се пристапува со несоодветни и неприспособени барања, искуствата од неуспехот во совладувањето на зададените активности може да доведе до развој на слика за себе како за некој „кој не може“ или „е мрзелив“ и кој им предизвикува неволи на своите родители. Детето кое секојдневно има искуства од континуиран неуспех, со тек на времето ќе започне да одбива нови предизвици и да пробува нови искуства што ќе доведе до продлабочување на развојното забавување. Колку порано ќе се започне со разбирање на развојните потешкотии на детето и неговите посебни потреби, толку порано ќе се изградат реални очекувања во однос на напредокот и адекватно на тоа секој успех ќе предизвикува поттик за понатамошни активности. Спротивно пак, некои родители ги презаштитиуваат своите деца и прават сè наместо нив. Очекувањата на овие родители се еднакво неадекватни и не ги поттикнуваат децата сами да изведуваат активности и да развијат оптимална независност.

1.2.3 Суштина на раната интервенција

Концептот на раната интервенција во детството започнува во САД во 70-тите години на минатиот век. Во постојаното настојување да се намалат трошоците во подрачјето на здравствената и социјалната заштита, развиените држави ја преиспитувале оправданоста на своите мерки и економската оправданост на вложувањата во раната интервенција. Економските истражувања укажале на корисноста на тие програми и на нивната економска исплатливост.

Поимот рана интервенција означува процес на информирање, советување, едукација и поддршка на децата во раниот период (и на нивните родители) кај кои е утврдено постоење состојба на можно развојно отстапување со висок ризик на понатамошниот развој.

Овој процес ги опфаќа и децата кај кои постои фактор на ризик за развојно отстапување што може да влијае на понатамошниот развој и едукација.

Програмата за рана интервенција може да се спроведува во различни опкружувања, но главен акцент се става на природното опкружување на детето.

Се утврдило дека програмата за рана интервенција е најефикасна ако се започне со нејзина примена веднаш по утврдувањето на развојната потешкотија.

Суштината на раната интервенција се однесува на што пораното вклучување на детето во самиот процес на третман и рехабилитација, независно од тоа дали попреченоста настанала пренатално, пери или постнатално, а воедно и работа со родителите и давање поддршка.

Процесот на рана интервенција се разликува од медицинските методи бидејќи се занимава со односот на детето и неговата околина и со начинот на кој детето учи.

Причината поради која се нагласува важноста од раното вклучување на детето на третман е всушност постоењето на пластичноста на мозокот во тој период. Тоа е способност на мозочното ткиво кај децата да се одржи функционалниот капацитет преку преземање на функцијата од друг дел на мозочното ткиво. Значајно е со третманот да се започне доволно рано, т.е. пред создавањето на патолошките обрасци на движења и однесувања. *Иако се нагласува важноста на првите три години од живојот, Нелсон (Nelson, 1999) цитиран во Рофи (Roffey, 1999c)⁴, во својата книга „Колку се важни првите три години?“ укажува дека не треба да се занемари ни периодот во првите три години, бидејќи невроразвојната пластичност на мозокот и можноста за влијание на квалитетот на развојот, постојат и во четвртата година.*

Со раната интервенција треба да се започне рано, но процесот не треба да биде отоварен со заблудата дека проспорост за дејствување се зајвора во четвртата година.

Во развиените земји секое десето дете е невроризично. Од сто невроризични деца околу осумдесет се развиваат уредно, додека пак околу дваесет може да имаат преодни или трајни (поблаги или тешки) нарушувања кои се јавуваат до дванаесеттиот месец од животот. Раното откривање и примената на тераписките постапки кои можат да го поттикнат процесот на пластичност на мозокот и да доведат до опоравување на оштетената функција се од пресудна важност.

⁴ Roffey, S., 1999c. Early Identification and Communication with parents and carers. S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 53-69.

1.2.4 Улогата на семејството

Покрај детето друг важен фактор во процесот на рана интервенција се родителите т.е. семејството. Семејството е најважно во развојот на секое дете бидејќи е примарно опкружување во кое и од кое секое дете учи. Поради тоа раната интервенција, освен работата со детето, вклучува и работа со родителите преку нудење поддршка и едукација. На родителите им е потребна помош и поддршка од терапевти за да можат да ја пребродат емоционалната криза по сознавањето за постоењето развоен проблем кај нивното дете и активно да се вклучат во неговата рехабилитација. Важно е и родителите да понудат стимулативни активности во домот бидејќи тие ќе бидат дополнување на третманот од страна на професионалците.

Раната интервенција треба да биде строго индивидуализиран процес за детето и притоа е важно да се поаѓа од неговите способности и јаки страни. Во процесот на евалуација и креирање на програмата, но и во текот на целиот процес на спроведување на интервенцијата, потребно е да се слушнат, да се прифатат и да се анализираат повратните информации кои ги даваат родителите за тоа што би можело да биде проблемот кај нивното дете и како да му се помогне.

За раното откривање на развојните потешкотии важна дијагностичка основа се и запазувањата на родителите. Затоа потребно е да се едуцираат родителите за можните отстапувања коишто може да се јават кај детето во најраниот развоен период. Соработката и партнерскиот однос е од неизмерна важност за позитивен исход од раната интервенција и третманот (Kosicek et al. 2009)⁵.

1.2.4.1 Поддршка на родителите – емоционална поддршка

Искуството на соочување со реалноста дека „моето дете е на некој начин поразлично од другите“ претставува огромен шок и доведува до разочарување. Доста често родителите укажуваат на искуства кои индицираат дека

⁵ Kosicek, T., Kobetic, D., Stancic, Z. i Jokobic Oreb, I., 2009. Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 45, br. 1, 1-14.

информациите за развојниот проблем на нивното дете им се презентираат без сензитивност и дозирана емпатија кои треба да се водечки. Голем број семејства поминуваат низ период што се опишува како период на тага и жалење. Во фазата на соочување и прифаќање на проблемот, родителите поминуваат низ одредени фази на одрекување, шок, лутина, вина, преголема тага и депресија пред да ја прифатат реалноста за посебните потреби на нивното дете. Некои семејства воопшто и не стигнуваат во крајната фаза на прифаќање.

Во фазите на прифаќање и соочување со проблемот од голема важност се и соодветната поддршка и водење низ процесот од страна на професионалците од различни области. Родителите имаат потреба да некој ги ислуша, некој кој ќе го прифати нивното дете, некој кој нема да им суди и кој ќе им понуди совет и поддршка кога ќе им биде најпотребно со цел полесно справување со проблемите на нивното дете и воспоставување што посоодветен однос и емоционална релација со нивното дете. Најзначајни во овој процес се професионалците од службите за рана интервенција (психолози, дефектолози, психијатри, педијатри, социјални работници, педагози), како и поддршката од поширокото семејство и групите за поддршка во кои најчесто доаѓаат во контакт со други семејства на деца со посебни потреби кои нудат искуствена помош во справување со проблемите.

Добредојдовие во Холандија

Од Емили Перл Кинџли

Често ме замолуваат да ги опишувам моите искуства во врска со одгледувањето дете со посебни потреби, со цел да им помогнам на луѓето кои не биле во можност да го доживеат тоа единствено искуство да разберат и да создадат преиспирава за што се работи. Еве како оди...

Кога очекувате бебе, се чувствувате како да планирате едно прекрасно патување – во Италија.

Купувате голем број книги водичи и го пишувате прекрасни планови. Колосеумот. Гондолиите во Венеција. Може и да научите и понекоја фраза на италијански. Сè е премногу возбудливо.

По месеци исчекување, денои конечно пристигнува. Ги пакуваате вашите торби и подготвени сте за прегнување. Неколку часа подоцна, авионот слетува. Сигурдесајта доаѓа и вели „Добредојдовите во Холандија“.

„Холандија?!?“ велите. „Како мислите Холандија?? Јас уилајив за во Италија! Би требало да бидам во Италија. Сиој свој живој сонував да одам во Италија“ Но имало промена во планот. Тие слејале во Холандија и таму мора да останат.

Најважното нешто е што не ве однеле на некое сирашно, нечисто место, извор на зараза и болести каде нема нишу храна нишу вода. Тоа е само едно поинакво место.

Сега мора да прошејат и да купиат нови книги водичи. И ќе мора да научат еден нов јазик. И ќе запознаат цела една нова група луѓе кои инаку никога не би ги запознале.

Се работи само за едно поинакво место. Владее едно малку побавно темпо отколку во Италија. Но откако ќе пристигнете таму одредено време, кога ќе седнете да се одморите, ќе разгледате наоколу...и почнувате да забележувате дека Холандија има ветерници...и Холандија има лалиња. Холандија дури го има и Рембрант.

Но сите што ги познавате се зафатени со одење и враќање од Италија...и сите се фалат дека си поминале убаво. Вие до крајот на својот живој ќе велите: „Да и јас требаше да одам таму. Тоа беше мојот план“.

И болката за тоа нема никога, никога да исчезне...бидејќи запаметите на тој сон претставува многу, многу значајна запамет.

Но...ако го поминете својот живој жалејќи за фактот што не успеавте да стигнете до Италија, никога нема да бидете во состојба да уживате во посебните и многу убави нешта ...во врска со Холандија (Roffey, 1999b)⁶.

Како што се гледа од текстот, во првата фаза на соочување со постоењето одреден развоен проблем кај нивното дете родителите се збунети и имаат потреба од поддршка. Тие бараат одговори на тешки прашања, прашања на кои дури и е невозможно да се даде одговор, бараат од професионалците да прогнозираат точно каков ќе биде долгорочниот ефект од третманот на нивното дете и кој третман би бил најпогоден за стимулација на развојот. Во оваа фаза

⁶ Roffey, S., 1999b. Roles and Responsibilities: Who Does What? S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 29-52.

значаен е професионалниот пристап на луѓето кои нудат поддршка со цел ги стават во одредена рамка своите способности коишто ќе бидат во согласност со реалните можности и способности на детето со што ќе се избегне наведување во погрешен правец на очекувањата на родителите. Професионалците може да се најдат пред искушение да им го кажуваат на родителите она што тие сакаат да го слушнат, со цел да се избегне стресниот фактор, но ова може да доведе до друга крајност и до продлабочување на тагата и до заглавување на родителите во одредена фаза од соочување со проблемот со што ќе се нарушуваат релациите кои родителите ги изградуваат со други професионалци. Последно што им е потребно на родителите во раниот период на прифаќање на проблемот е тие да бидат чувани во темнина или пак да не им се даваат информации кои би им биле од корист. Родителите не можат да добијат конечни одговори на сите прашања, но сепак треба да им се понудат разбирливи информации. Ова се однесува на:

- уверување дека родителите ќе бидат дел од донесувањето одлуки и избирањето интервентна постапка за потребите на нивното дете;

- дискусија во врска со која било интервентна постапка која ќе се преземе и рационализирање на сите делови од процесот (потребата од опсервација во одреден временски период, развивање на програма за развој на одредена способност итн.);

- да се понудат контакти со одредени релевантни невладини организации;
- контакти со локални групи за поддршка;
- видот на третман и други услуги кои се достапни во системот;
- правата во однос на едукација;
- правата во однос на инклузијата во едукативниот систем.

Нереално е да се очекува дека родителите ќе ги раберат и ќе ги прифатат сите информации кои се нудат одеднаш. Сепак потребно е да имаат информација каде да се обратат кога ќе бидат подготвени да преземат одреден чекор во врска со посебните потреби на нивното дете. Голема улога притоа имаат службите за рана интервенција кои нудат услуги од професионалци од различни области и коишто ставаат акцент на тимската работа во врска со посебните потреби на индивидуата (Roffey, 1999a)⁷.

⁷ Roffey, S., 1999a. Introduction. S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p.1-12.

Главната цел на раната интервенција е да се искористи сензитивниот развоен период со цел да се превенира настанување изразени потешкотии. Во светски рамки раната интервенција се фокусира на мерките што се спроведуваат во предучилишната возраст и ги вклучува воедно и услугите кои се нудат во домашна средина и активностите кои се спроведуваат во установите. Важноста на релацијата возрасен-дете и дете-дете во услови на установите за рана интервенција била истражувана воедно и во теоријата и во практиката во последните 30 години. Огромниот број студии како Фонаги (Fonagy, 1996), Гуралник (Guralnick, 1989), Риј (Rye, 1993), Гринспан и Вајдер (Greenspan & Wieder, 1998), цитирани во Рофи (Roffey, 1999a)⁸, укажуваат дека доколку несаканите шеми на интеракција кај малите деца продолжат во текот на школската возраст, ќе биде многу тешко да се дејствува на нив и да се изврши промена.

Потребна е идентификација на здравите сили во секоја ситуација. Предизвик е да се изврши идентификација на овие сили во одредени ситуации, а особено во семејните системи во кои постои веќе утврден проблем. Здравите сили особено се важни во однос на интеракциските и родителски способности. Важно е мултидисциплинарниот тим да се фокусира на пошироки области со цел да се изнајдат потенцијалните здрави сили кои ќе бидат движечка сила во раните стимулации (Moeller, 2001)⁹.

1.3 Програми за рана интервенција

Иако и до 70-тите години од минатиот век постоеле погледи во врска со важноста на релацијата помеѓу родителот и детето, сепак поголем број програми за рана интервенција започнале да се воспоставуваат токму во тој период. Една од тие програми од првата генерација програми за рана интервенција е, на пример, Портиџ програмата која се спроведувала во Висконсин. Поголем број од овие програми биле инструктивни во нивниот пристап, што укажува дека на родителите им се нуделе инструкции за тоа како треба да воспостават контакт и комуникација со нивните деца.

⁸ *Ibid.*, 1-12.

⁹ Moeller, M. P., 2001. Intervention and Outcomes for Young Children Who are Deaf and Hard of Hearing and Their Families. E. Kurtzer-White, D. Luterman, eds. 2001. *Early Childhood Deafness*. Baltimore: York Press, Inc, p.p. 109-138.

Програмите од првата генерација дале позитивни резултати, но сепак биле искажани одредени забелешки, и тоа:

- Родителите се чувствувале потценети и несоодветни во смисла дека требало да учат други и нови начини за поврзување со нивното дете.
- Некои родители се чувствувале непријатно кога требало да користат точно одредени материјали за работа во точно одреден дел од денот.
- Родителите нагласувале дека многу лесно станувале зависни од инструкциите и материјалите за работа. Новите начини за поврзување не биле интегрирани во личноста и функционирањето на секоја индивидуа.

Во периодот помеѓу 70-тите и 80-тите години од минатиот век започнале да се јавуваат резултати од различните програми за интервенција, вклучувајќи ја и Head Start програмата која давала позитивни резултати сè додека траела интервенцијата. Искуствата од овие програми укажале дека семејноориентираните програми за интервенција даваат најдобри резултати за децата со посебни потреби и нивните семејства.

Емпириските истражувања во 70-тите и во 80-тите години на минатиот век јасно укажуваат дека улогата на родителот и неговата сензитивност, способноста за приспособување кон детските потреби, степенот на вклученост и желбата да му се помогне на детето имаат голема важност во детскиот развој. Сознанијата од истражувањата влијаеле да се развијат голем број програми кои биле дизајнирани за подобрување на интеракцијата родител-дете. Овие програми за рана интервенција биле насочени кон подучување на родителите што и како треба да направат со цел поттикнување на процесот на учење и соодветна стимулација на детскиот развој.

Идејата за базирање на раната психосоцијална интервенција на зголемување на сензитивноста на родителот кон детските потреби, развивање поголема свесност за сопствените можности и способности за стимулација на детскиот развој и реактивирањето на чувството на емпатија преку изведување заеднички активности со детето и споделување чувства, означила воспоставување нов пристап во подобрувањето на детската заштита и поттикнување на способностите за учење.

Ова претставува ресурсно ориентиран пристап што се базира на сфаќањето дека голем број луѓе кои се грижат за децата, преку процесот на нивното созревање и стекнување искуства развиваат потенцијал за да се грижат за децата и да бидат со нив, што пак претставува основа за интеракција која придонесува за натамошниот развој.

Новите програми за интервенција-програми од „втората генерација“ се јавиле во 80-тите години на минатиот век. „Втората генерација“ програми за интервенција кои се развиле (Marte meo, MISC и ICDP програмите) се насочени кон поддршка и натамошен развој на постојните позитивни квалитети во однос на грижата и интеракцијата со децата. Најважните цели на новиот пристап базиран на позитивна интеракција се однесуваат на:

- реактивирање и понатамошен развој на постојните позитивни квалитети на родителот (или старателот) во однос на грижата и интеракцијата со децата,
- зголемување на сензитивноста на родителот и неговата свесност околу потребите на детето и нивото на развој на кое се наоѓа,
- зголемување на самодовербата, мотивацијата кај родителот и свесноста за сопствените можности за поддршка и промовирање на детскиот развој,
- развивање позитивна перцепција во врска со детето и неговите можности и способности,
- зголемено разбирање на важноста на процесот на интеракција помеѓу родителот и детето, а во врска со детскиот развој.

Овие програми се засновани на современите истражувања на развојот на децата, со посебен софрт на емоционалниот, комуникациски развој на децата (како Штерн, Тревартен, Троник, Папоушек) и медијациски ориентирианиот пристап (пр. Виготски, Клајн). Попознати програми од овој период се ORION програмата (Marte Meo) од Холандија и MISC (More Intelligent, Sensitive Child) од Израел.

Напредувањето низ овие искусвени интеракциски степени ја зголемува вклученоста и комплексноста на интеракцискиот процес. Овие интерперсонални искуства ја формираат основата на сигурната врска помеѓу детето и родителот, а се и од голема важност во интерперсоналните релации кои ќе се остваруваат во текот на целиот живот. Затоа во најголем број од програмите една од

најзначајните цели е подобрувањето на интеракцијата која се одвива помеѓу родителот и детето.

1.4 Модели на рана интервенција

1.4.1 Развоен модел на интервенција

Постои дефиниран и со разработени принципи развоен модел на рана интервенција (Guralnick, 2005a)¹⁰

Структурните компоненти и принципи на еден модел на рана интервенција подеднакво влијаат и ја определуваат практиката на компонентите и на системот како целина. Потребно е принципите да бидат востановени во законска регулатива која ќе понуди одредени рамки и сигурност на моделот на рана интервенција. Во рамките на овој модел во процесот на рана интервенција се врши фокусирање на улогата на семејството, а се задржува силната развојна ориентација. Се придава голема важност на квалитетот на контактот и комуникацијата помеѓу детето и членовите на семејството во нивната природна средина, се става акцент на поттикнување и одржување на комуникација со децата кои немаат развојни потешкотии (инклузија). Се врши интеграција и координација на активностите на сите нивоа на системот.

Структурна компонента на системот се смета дека е раната идентификација, а принципот на индивидуализација е ставен во законски рамки посебно во врска со дизајнирањето на индивидуализираниот семеен сервисен план (individualized family service plan-IFSP) и индивидуализираната програма за едукација (individualized education program-IEP).

Застапниците на развојниот модел на рана интервенција сметаат дека развојната ориентација треба да биде проткаена низ сите структурни компоненти и да кореспондира со практиката на секој систем на рана интервенција, според Гуралник (Guralnik, 1998), Националниот истражувачки Совет и Институтот по

¹⁰ Guralnick, M. J. ed., 2005a. The Developmental Systems Approach to Early Intervention. [online] достапно на: <http://www.brookespublishing.com/store/books/guralnick-7977/> [посетено на 10 октомври 2010].

медицина (National Research Council and Institute of Medicine, 2000), Самероф и Фис (Sameroff и Fiese, 2000) цитирани во Гуралник (Guralnick, 2005a)¹¹. Во развојниот модел интервенциите се насочуваат кон семејството со цел да се засили поддршката на родителите во прифаќањето на посебните потреби на нивното дете, да се воспостави партнерство родител – професионалец и да се вреднува влијанието на семејните шеми на интеракција врз добросостојбата и развојот на децата.

Подеднакво како и со принципот на одржување на развојната рамка, одржувањето и на принципот на инклузија е далеку од потребите на практиката.

Истражувањата покажале дека основните принципи на интеграција и координација во процесот на рана интервенција во состав на развојниот модел потребно е да се применуваат поефективно.

На пример, на ниво на системот на рана интервенција во САД, постапките за интерагенциска координација се разликувале помеѓу државите. Според Харбин и сор. (Harbin et al., 2000) и Спикер и сор. (Spiker et al., 2000) цитирани во Гуралник (Guralnick, 2005a), постојат разлики помеѓу државите и во однос на организацијата и водењето во процесот на донесување одлуки и поставеноста на стратегиите за третман и поддршка за подобрување на интеграцијата и на координацијата.

Семејствата најчесто како најголем проблем ја истакнувале координацијата помеѓу службите. Уште позначајно е дека податоците според Брудер (Bruder, 1996) и Гуралник (Guralnick, 2000) цитирани во Гуралник (Guralnick, 2005a)¹², наведуваат на тоа дека на интердисциплинарните тимови кои биле дизајнирани за да обезбедат сеопфатна процена, како и да ги спроведуваат услугите доста често им недостасувала интеграција и координација за да се исползуваат сите придобивки и предности од интердисциплинарните активности.

Во рамки на развојниот модел значење се придава и на сè поголемата потреба на поврзување на науката и практиката. Брзиот напредок во научните достигнувања од областа на раниот развој на децата го зголемува просторот кој

¹¹ Guralnick, M. J. ed., 2005a. The Developmental Systems Approach to Early Intervention. [online] достапно на: <http://www.brookespublishing.com/store/books/guralnick-7977/> [посетено на 10 октомври 2010].

¹² *Ibid.*

постои помеѓу истражувањето и практиката и затоа е потребно да се прават промени кои ќе востановат една практика која е заснована на резултати од истражувањата на примерок од раноинтервентните постапки (evidence-based practices).

1.4.2 Модел на еколошка конгруентност (адаптивно усогласување – adaptive fit) (Wolery, 2000)¹³

Овој модел е дизајниран за да го промовира приспособувањето кон средината на детето со развојни проблеми. Заснован е на одредени принципи, и тоа: промена на индивидуалните шеми на однесување, зголемување на толеранцијата на индивидуите во однос на нивните разлики од системот, промена на толеранцијата на системот кон индивидуалните разлики во компетенциите и отстапувањето од она што е општо прифатено.

1.4.3 Гуралников модел на ран развој и ризик-фактори

Гуралниковиот модел на ран развој и ризик-фактори се засновува на воспоставувањето на врска помеѓу она што претставува ризичен фактор и она што е статус на веќе присутна попреченост со цел промена на шемите на семејните интеракции кои го поддржуваат развојот и ги одредуваат развојните промени и постигнувања на децата. Овој модел во себе го вклучува поврзувањето на програмските цели, карактеристиките на детето и семејството и постигнувањата од стимулативната интервенциска програма.

1.4.4 Ресурсно базиран модел на рана интервенција на Данст и Тривет

Данст и Тривет раната интервенција ја дефинираат како обезбедување поддршка на семејствата на децата од страна на професионалци од неформални и од формални мрежи за социјална поддршка. Мерките за поддршка се однесуваат

¹³ Wolery, M., 2000. Behavioral and Educational Approaches to Early Intervention. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p. 179-201.

вoедно на функционирањето на родителите, на семејството и на детето. Во овој модел раната интервенција се означува како агрегат (збир) на различни видови помош, поддршка и услуги кои им се нудат на семејствата од страна на индивидуи и групи.

1.4.5 Модел на колаборативна консултација центриран на семејството (Guralnick, 2005a)¹⁴

Според Данст, Тривет, Хамфрис, Рааб и Ропер (Dunst, Trivette, Humphries, Raab и Roper, 2001) и Ханфт и Пилкингтон (Hanft и Pilkington, 2000) цитирани во Гуралник (Guralnick, 2005a) овој модел има во себе потенцијал да ги интегрира големиот број различни научни дисциплини кои нудат специфични услуги во кохерентен пакет на интервенции кои ќе имаат значајна функционална вредност за децата и за семејствата. Кога е добро организиран и спроведен моделот на колаборативна консултација е конзистентен на принципите на кои е заснован – интеграција и координација и нуди добра развојна рамка и поддршка во инклузијата.

1.5 Модели на услужни системи за рана интервенција

Постојат три модели на услужни системи за рана интервенција, и тоа *мултидисциплинарен, интeрдисциплинарен и трандисциплинарен* (Chen, 1999)¹⁵.

Мултидисциплинарниот модел се користи често за вршење процени и се базира на медицинскиот модел. Секој провајдер на услуги врши сопствена процена на детето и ги развива и ги спроведува интервенциите. Информациите од перспектива на секоја процена се споделуваат преку напишан извештај.

Интeрдисциплинарниот модел е покоординиран пристап кон раноинтервентните услуги. И покрај тоа што установите вршат индивидуална

¹⁴ Guralnick, M. J. ed., 2005a. The Developmental Systems Approach to Early Intervention. [online] достапно на: <http://www.brookespublishing.com/store/books/guralnick-7977/> [посетено на 10 октомври 2010].

¹⁵ Chen, D., 1999. Early Intervention: Purpose and principles. D. Chen, ed. 1999, *Essential elements in Early Intervention*. New York: AFB Press, p.3-21.

процена и спроведуваат специфични интервенции, тие прават конципиран напор да ги споделат информациите со цел да ги изградат и да ги развијат интервенциите преку координиран пристап.

Трансдисциплинарниот модел е вистински тимски пристап. Семејствата се активни учесници, а интервенциите се интегрирани во согласност со семејната рутина. Провајдерите на услуги работат заедно за да направат процени, да ја споделат експертизата во развојот на интервенциите и да ја надминат сопствената специјализирана цел со имплементирање интервенции кои поттикнуваат целосен развој.

1.6 Модели на работа со семејствата во процесот на рана интервенција (Roush, 2001)¹⁶

Долго време, традиционалната рана интервенција била фокусирана само на детето со главна цел поттикнување на развојот и подобрување на развојниот исход по спроведениот третман. Според Тривет (Trivette, 2001) цитиран во Руш (Roush, 2001), терминот „семејно центрирана“ за прв пат се употребил на полето на здравствената заштита во текот на шеесеттите години на минатиот век со цел подобрување на практиката. Бронфенбренер (Bronfenbrenner) во 70-тите години од минатиот век започнал да го употребува терминот „семејно центрирана“ во врска со раната интервенција со цел да се зголеми партиципацијата на родителите во процесот на раната стимулација и едукација.

Започнувајќи од 80-тите години, споредбените анализи во однос на тоа што претставува најдобра практика, довеле до создавање легислатива во САД на федерално и на централно ниво која била насочена кон промовирање на семејно ориентираната практика. За прв пат се поставиле основите на системот во кој било потребно да се изврши евалуација од страна на мултидисциплинарен тим која би довела до создавање Индивидуализиран семеен сервисен план (IFSP), а во врска со информациите за детето, документирање на семејните сили и потреби, поддршката од сервисните служби којашто му е потребна на семејството и

¹⁶ Roush, J., 2001. Staying Family-Centered. E. Kurtzer-White, D. Luterman, eds. 2001. *Early Childhood Deafness*. Baltimore: York Press, Inc, p.p. 49-62.

одредување на очекуваниот исход. Започнувајќи со јавниот закон од 1986 година, семејно центрираните служби повеќе не биле во опција туку биле законски задолжителни.

Данст (1991) цитиран во Руш (Roush, 2001)¹⁷, опишува четири модели на работа со семејствата во процесот на рана интервенција, и тоа: *професионално центрирани, семејно поврзани, семејно фокусирани, семејно центрирани*.

Застапниците на *професионално центрираниите модели* ги гледаат професионалците како експерти кои ги одредуваат потребите на детето и на семејството.

Во *семејно поврзаниите модели*, семејствата се гледаат како помошници на професионалците во кои тие имаат потполна доверба во однос на спроведување на интервенциите кои се однапред одредени во процесот на процена, во врска со подобрување на развојниот исход на детето со посебни потреби.

Застапниците на *семејно фокусираниите модели* гледаат на семејствата како на консументи на професионална поддршка со која им се овозможува помош во однос на изборот на опција за која професионалците сметаат дека ќе биде од најголема полза во однос на задоволување на потребите на детето и на семејството.

Застапниците пак на *семејно центрираниите модели* ги гледаат професионалците како инструменти на семејството кои имаат задачи за индивидуализирана, флексибилна и респонсивна интервенција која би била поддршка и би го јакнела семејното функционирање.

Симеонсон (Simeonsson, 1996) цитиран во Руш (Roush, 2001), смета дека процесот на рана интервенција треба да се набљудува како циклус на интервенции кој е составен од дискретни елементи, вклучувајќи го насочувањето во одредена сервисна служба, процена, планирање, спроведување на интервенцијата и евалуација.

Со цел максимално искористување на развојните можности на децата во процесот на рана интервенција потребно е родителите да се добро информирани од страна на професионалците. Информациите во врска со можностите за рана

¹⁷ *Ibid*, p.p. 49-62.

интервенција кои им се пренесуваат на семејствата потребно е да бидат објективни и културно сензитивни, почитувајќи ја емоционалната состојба во која се наоѓаат родителите. Затоа професионалците кои работат со децата во службите за рана интервенција е потребно да бидат запознаени со правната регулатива, како и со процедурите во врска со поддршката во локалната заедница и на централно ниво. Еден од најважните аспекти ќе биде поддршката на родителите не за да донесат решение веднаш, туку да им се овозможи поголема слобода во одлучувањето во однос на изборот на интервентна програма која ќе биде релевантна во однос на посебните потреби на нивното дете. Ова се однесува на изградување филозофија на дејствување во процесот на рана интервенција во којшто семејствата се охрабруваат во донесувањето решенија, а професионалците ги поддржуваат во тој процес.

Професионалците кои работат со децата со посебни потреби и нивните семејства се наоѓаат во недоумица да се биде или не семејно центриран во својата дејност. Ставањето на приоритетите на семејството на детето со посебни потреби на прв план бара преиспитување на традиционалната практика и волја да се исчекори од традиционалните улоги. Секако постојат голем број ситуации кои бараат професионалецот да биде во главна улога т.е. да сноси најголема одговорност во одлучувањето особено во однос на изборот и спроведувањето на дијагностичките процедури и други технички прашања. Но, сепак мора да се согледаат и потребите на родителите и клиничката улога на професионалецот да се приспособи на начин и со темпо кое ќе е во сооднос со нивните потреби. Постигнувањето рамнотежа помеѓу „содржината“ и „афектот“, помеѓу технолошките и интерперсоналните барања во работата на професионалецот е еден од најголемите предизвици. Во рамките на тој предизвик лежи и клучот за воспоставување здрав однос родител – професионалец и позитивен долгорочен исход за децата, семејствата и професионалците.

Лутерман (Luterman) цитиран во Мулер (Moeller, 2001)¹⁸, вели: „Ако семејството е добро и на децата ќе им биде добро“. Семејно фокусиран во својата работа многу пред терминот „семејно центриран“, тој укажува на важноста

¹⁸ Moeller, M. P., 2001. Intervention and Outcomes for Young Children Who are Deaf and Hard of Hearing and Their Families. E. Kurtzer-White, D.Luterman, eds. 2001. *Early Childhood Deafness*. Baltimore: York Press, Inc, p.p. 109-138.

децата да живеат во семеен систем и на влијанието на трансакциите во врска со попреченоста кај детето на семејниот систем во целина. Затоа тој се фокусира на семејствата, бидејќи ако семејството е добро и децата добро ќе се чувствуваат. На семејствата им се нуди психо-социјална поддршка со цел да им се помогне да се адаптираат на новонастанатите услови и да продолжат со заедничкиот живот.

Лутерман ги поставил основите на системот во кој во процесот на донесување одлуки авторитетот им се придава на родителите бидејќи родителите се „мудри и ќе донесат вистинско решение“. Само семејствата со најголема „его“ сила ќе успеат да минат полесно низ мултидисциплинарниот тимски процес на раната интервенција. Ова треба да се има предвид од страна на професионалците и да се избере вистински пристап во однос на поддршката која им се нуди на семејствата во справувањето со посебните потреби на нивното дете. За таа цел се изготвува програма за работа која ќе ги идентификува семејните потреби и која ќе биде основа за воспоставување партнерски однос со цел максимизирање на исходот од раната интервенција и третманот (Moeller, 2001).

1.7 Дијагноза и процена на развојните можности и способности

1.7.1 Опсервација (Devereux, 1996)¹⁹

Опсервациите може да им помогнат на професионалците кои работат со деца да го збогатат своето знаење за детето и за развојот на неговите способности, шеми и персонални интереси.

Зошто опсервација?

Опсервациите ја зголемуваат нашата свесност во однос на нашите сфаќања и вредности, а воедно имаат влијание и врз нашата интерпретација на она што го гледаме. Под влијание ќе бидат и нашите очекувања во однос на развојот на децата. Затоа е од витална важност во текот на раниот развој сите возрастни кои му нудат стимулативна средина на детето да бидат вклучени во собирање факти во текот на процесот на опсервација со цел да се обезбедат поголем број информации кои ќе му користат на тимот од професионалци со цел

¹⁹ Devereux, J., 1996. What we see depends on what we look for: observation as a part of teaching and learning in the early years. S. Robson, S. Smedley, eds. 1999. *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p. 75-86.

да изградат квалитетна интеракција со детето и да му обезбедат стимулативна средина која ќе биде во согласност со неговите развојни можности и способности. Пред сè важно е во транзицискиот период нашите опсервации и оние од родителите да се искористат за изградување континуитет во процесот на учење на детето дома и во училишната средина. Партнерите во интеракцискиот процес треба постојано да се информираат еден со друг во врска со можностите и способностите на детето со што ќе се овозможи збогатување на искуствата на детето во процесот на учење.

1.7.2 Процена и дијагноза во процесот на интервенција

Дијагнозата во процесот на интервенција претставува посебен предизвик.

Уште од времето на Хипократ дијагнозата се поврзува со прогнозата и настојувањата на клиничарот да постави предикативни претпоставки во врска со очекувањата.

Кога се говори за развојниот период кај децата се мисли на време кога настануваат брзи промени. Во процесот на поставување дијагноза важно е да се разгледа проблемот од сите аспекти и да не се гледа изолирано од контекстот во кој тој настанал и се развива, бидејќи ќе се работи на организирање дејство врз сите делови на системот кои се значајни за постојниот развоен проблем (Emde, Robinsom, 2000)²⁰.

Токму од овие причини велиме дека дијагнозата не е непроменлива туку дека се работи на поставување развојна дијагноза при што се практикуваат периодични реevalуации.

Раната интервенција бара разбирање на детскиот раст и развој.

Протоколите за процена се рамка врз чијашто основа се проценува нивото на развојот на кое се наоѓаат децата. Тие всушност повеќе се однесуваат на определување на серија чекори кои треба да се изодат или искуства кои треба да се доживеат, отколку на развојни нивоа кои детето не успеало да ги достигне.

²⁰ Emde R. N., Robinsom, J., 2000. Guiding Principles for a Theory of Early Intervention: A Developmental-Psychoanalytic Perspective. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p. 160-179.

Како што децата ги организираат сопствените искуства, така се зголемуваат нивните способности за учење и активно учество во настаните во нивната околина. На способностите или на однесувањето кои се проценети без да се утврди нивната функционална апликативност, не треба да им се даде место во програмите за рана интервенција (Meisels, Atkins-Burnett, 2000)²¹. Всушност процената на способностите на детето е еден дел од предизвикот. Потребно е запознавање со начините на кои детето ги користи своите способности, што го мотивира, а што го фрустрира, што му претставува задоволство, а потребно е и утврдување на можностите за изведување, поддржување, стимулирање и проширување на видовите активности кои детето ги изведува.

Едни од основните атрибути на процената во процесот на рана интервенција се нејзината заснованост врз тимската работа, соработката семејство – професионалци и консензусот во однос на донесувањето одлуки околу состојбата и потребите на детето (Bagnato, et al., 1993)²².

„Тесновитие не донесуваат одлуки, луѓето се тие што одлучуваат“

За разлика од традиционалните пристапи, развојниот пристап се однесува на поглед што го опфаќа „целото дете“ во кој се земаат предвид поголем број индивидуални процени од страна на професионалци од различни области кои се сензитивни кон можностите и способностите на детето.

Се воспоставува нераскинлива врска помеѓу процесот на проценка и планирање со цел вклучување во третман на детето што ќе се заснова на можностите и на способностите на детето и ќе овозможи развојно напредување.

Процената во процесот на рана интервенција е тимски базиран процес на семејно професионална соработка и донесување одлуки.

Во последно време се согледува и потребата од проценка која ќе се спроведува во природна средина (домот или училиштето) со вршниците, низ

²¹ Meisels J. S., Atkins-Burnett S., 2000. The Elements of Early Childhood Assessment. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p. 231-258.

²² Bagnato, S. J. , Neisworth ,J. T. and Munson, S. M.,1993,Sensible strategies for assessment in early Intervention chapter seven . D.M. Bryant, M.A. Graham ,eds.2000.*Implementing early intervention: From research to effective practice*.New York: The Guilford Press,pp. 148-156.

секојдневните активности со цел да се добие репрезентативен поглед на можностите и стекнатите способности. Еколошката процена ја анализира и ја одредува потребата од поддршка од средината која му е неопходна на детето за пројавност на одредени функционални способности како иницијатива за започнување и одржување на контакт и активност, социјална компетенција, одговорност, саморегулација и самостојно учење.

Се врши функционална процена на можностите на детето. Се одредуваат развојните активности во процената кои се насочени кон одредени компетенции и можности кои се целосно функционални и ги поддржуваат целите за нормализација, инклузија и зголемена независност. Способностите како интелигенција или перцептивно-моторните способности се ставаат во врска со можностите на детето кои вршат развојна интеграција на различните развојни полиња како иницирање интеракции со врстниците, дискриминација, класификација, внимание и однос кон активност, начини на комуникација.

Конечно развојната процена треба да биде сензитивна и лонгитудинална. Евалуацијата на напредокот на детето во текот на третманот е повеќе од потребна, но често занемарена цел на процената во текот на раната интервенција. *Главен принцип на раната интервенција е дека предвидувањето на развојните достигнувања не е можно, а во крајна линија и не е етичко.* За таа цел програмите за рана интервенција и третман е потребно да се базираат на *курикулум базирани* и точно одредени и градуирани секвенци на развојни способности што ќе им овозможат на тимовите да ја набљудуваат постепената аквизиција (стекнување) на одредени функционални способности во различни услови. Само на ваков начин подготвени целни мерки со систематизирани (курикулум базирани) активности ќе овозможат адекватна процена на моменталното ниво на развој, поставување на индивидуализирани цели и лонгитудинално набљудување на развојните промени и достигнувања.

Дефектологот зазема значајно место во тимот за рана интервенција. Значајноста на неговата улога се согледува како во процесот на процена на развојот на детето без која не би можело да се добие комплетна слика за развојните можности и способности на детето, така и во организирањето, планирањето и спроведувањето на стимулативниот третман на детето со посебни

потреби. Соработката помеѓу дефектологот и другите членови на тимот во текот на спроведувањето на раноинтервентната постапка е од големо значење за извлекување максимум корисност од неа. Придобивките кај децата се најголеми доколку е детално разработена и испланирана целокупната постапка на процена, третман, следење и евалуација преку тимска соработка и обработка на секој потенцијален корисник на услугите на моделот на рана интервенција кој се спроведува во одредена служба.

Со цел што порано откривање на посебните потреби на детето во раната детска возраст, во градинките и училиштата и рано започнување на стимулативниот третман се јавува потреба од разработување на *скрининзи*. Станува збор за потреба од изготвување законски акт кој ќе ги обврзува установите да спроведуваат процени во одредени развојни периоди со цел таргетирање на посебните потреби кај детето и негово навремено вклучување во процесот на рана интервенција и стимулација на детскиот развој.

Современите гледишта во врска со процесот на процена вклучуваат сфаќања дека како и процесот на интервенција така и процената треба да лежи на основите на мултидимензионалниот пристап. Доколку интервентниот модел е еднодимензионален, остава можност да не ги осознаеме вистинските потреби, способности и слабости на процесот на учење.

Сè повеќе се користат пристапи кои не го делат процесот на процена од процесот на интервенција и во кои се потенцира дека не постои само еден вид процена која се означува како оптимална. Се потенцира дека процената треба да се заснова и на активна поддршка и партиципација на семејството на детето, информации за пошироката средина во која детето расте и се развива, проширени методи за собирање и обработка на добиените податоци од процената, вклучување професионалци од различни области, како и интервенциски ориентирани протоколи за процена кои ќе ги надградат интервентните цели во однос на поддршката која ќе им овозможи на детето и на семејството да ги развијат своите потенцијали.

Во нашиот случај се користи модел кој во себе вклучува дејствување врз менталното здравје на децата преку подобрување на развојното и социоемоционалното функционирање, користејќи ги капацитетите и на средината (семејството, пошироката средина – училишната средина во прв ред) како и на

другите социјални капацитети со кои се гради партнерски однос во процесот на интервенција. Ваквата стратегија се заснова на сознанијата за развојните можности на децата, збогатени од клиничка перспектива.

1.8 Принципи на рана интервенција

Современите модели на интервенција се засновани на јасно дефинирани принципи (Bagnato et al., 1993)²³. Интервентните модели се засновани на различни филозофски перспективи и гледишта со точно одредени принципи врз кои се заснова практиката на моделот. Рамките на рано интервентните модели главно се одредени од следниве принципи:

- почитување на посебните развојни потреби на малото дете,
- востановени планови за интервенција кои го опфаќаат „целото дете“ т.е. целокупниот раст и развој на сите функции,
- функционално-развојна процена,
- употреба на стандардизирани процедури за процена,
- валидни скрининзи,
- мултидисциплинарна тимска процена,
- флексибилен тимски пристап во процената,
- мултидимензионален и еколошки пристап во процената на развојот,
- примарна улога на семејството во влијанието врз растот и развојот на детето,
- семејно ориентирана практика,
- индивидуализирани планови за соработка со родителите,
- колаборативно тимско одлучување родител – професионалец,
- развоен пристап и осетливост на моделот,
- формирани врски процена – интервенција,
- лонгитудинално следење и евалуација на напредувањето во развојот,
- широк дијапазон на избор на служби за помош и поддршка во развојот,

²³ Bagnato, S. J. , Neisworth ,J. T. and Munson, S. M.,1993,Sensible strategies for assessment in early Intervention chapter seven . D.M. Bryant, M.A. Graham ,eds.2000.*Implementing early intervention: From research to effective practice*.New York: The Guilford Press,pp. 148-156.

- соработка со останатите сервисни служби со цел да се обезбеди и вертикален преод во системот (transition services),
- инклузија и интеграција,
- документирање-евидентирање на социјалниот одговор на раната интервенција која е во тек,
- тренинг на професионалците кои го спроведуваат моделот, професионално усовршување и следење на новините во научно-истражувачките дејности на одделните научни подрачја со цел нивно внесување и примена во тековниот модел на интервенција.

На професионалците кои го спроведуваат интервентниот модел може да влијаат одредени фактори или варијабли како нивната самодоверба, искуството и тренингот. Постојаната професионална надградба е значајна за да се следат современите текови и новите достигнувања да се применуваат во текот на спроведувањето на раната интервенција.

1.9 Сервисни служби за рана интервенција

Во крајните резултати од развојната интервенција заеднички удел имаат различните сервисни служби бидејќи голем број биолошки и средински фактори го структурираат детскиот развој. Бидејќи ниту една сервисна служба не може „сама да направи сè“ во однос на задоволување на развојните, бихевиоралните и образовните потреби на детето, од витално значење е да се има информација во врска со расположливите ресурси во општествената средина и да се поврзат родителите со најсоодветните институции врз основа на утврдените посебни потреби на детето и семејството.

Во светски рамки системот за интервенцијата се дизајнира врз основа на постојните акти кои ја даваат базичната рамка на организационата структура и функционалноста на системот. Во 80-тите години на минатиот век се поставиле основите на семејно центрираниот систем на рана интервенција за децата со посебни потреби преку актот за едукација на хендикепираните (ЕНА). Во 90-тите години актот бил надополнет и преименуван во Едукациски акт за индивидуите со попреченост (IDEA).

IDEA актот во делот C ја регулира раната интервенција. Со овој акт се опфаќа возрасната група до третата година и се однесува на сите деца кај кои ќе се утврди одреден развоен проблем. Во системот на рана интервенција постојат 16 дефинирани сервисни служби кои нудат услуги од окупациона терапија, физикална терапија, терапија на говор и посебни инструкции. Во службите се врши интердисциплинарна и трансдисциплинарна процена. По извршената процена се изготвува индивидуализиран семеен сервисен план, а процесот на интервенција е семејно центриран и се одвива во природната средина на детето. Постои висока координација на службите преку чија дејност се спроведува процесот на рана интервенција.

Секоја држава во САД е обврзана да воспостави систем што треба да ги исполни следните критериуми:

1. Да го дефинира развојното задоцнување.
2. Да воспостави државна полиса којашто обезбедува соодветна рана интервенција за сите деца со попреченост и нивните семејства.
3. Обезбедува мултидисциплинарна евалуација на функционирањето на секое дете со развоен проблем.
4. Овозможува семејството на детето кое е корисник на услугите на системот на рана интервенција да ги одреди сопствените приоритети.
5. Обезбедува процес за имплементација на семејниот сервисен план кој вклучува координација на службите.
6. Развива систем за рана детекција.
7. Дизајнира и имплементира систем за професионален развој, воспоставува полиси и процедури за професионални стандарди.
8. Воспоставува централен регистар на податоците.
9. Развива авторитетна водечка агенција којашто врши координација со локалните сервисни служби.
10. Воспоставува процедури за дополнување на фондовите.
11. Структурира податоци потребни за програмите за рана интервенција.
12. Дефинира процедури со кои раната интервенција ќе се одвива во природна средина, а во оние случаи каде што не постојат услови ќе се обезбеди средина којашто максимално ќе ги задоволи потребите во процесот на рана интервенција.

13. Воспоставува државен совет за интерагенциска координација којшто е составен од родители, претставници на владата, претставници од агенциите и сервисните служби за рана интервенција.

Успешноста на одредена програма за рана интервенција зависи главно од интеграцијата на индивидуалните програмски компоненти во систем на цели и задачи за чија реализација ќе се грижи кооперативен тим на професионалци. Тимската работа е од голема важност поради интердисциплинарната природа на развојните проблеми и постоењето потреба од услуги на различни професионалци со цел да се задоволат потребите на детето и на семејството (Stephens, Tauber, 2001)²⁴.

Во процесот на поддршка на децата со посебни потреби треба да се има предвид дека најголема продуктивност ќе се оствари со организирана и со структурирана тимска работа.

Секоја цел е елаборирана преку серија задачи, кои се предодредени од потребата на секое дете да му се обезбеди соодветна стимулативна средина во којашто ќе може да се остварат претходно поставените развојни цели. Ваквата блиска врска јасно го одредува начинот на кој целите и провизијата на услугите мора да функционираат неразделно во сервисните служби за рана интервенција.

Со цел да се предизвикаат промени кои ќе доведат до зголемување на ефикасноста на системот за рана интервенција потребно е зголемување на капацитетите на службите и подобрување на способностите на професионалците за обезбедување квалитетна грижа околу децата со посебни потреби и нивните родители.

Постигнувањето и одржувањето на посакуваните резултати од препознавањето и сензитивноста кон утврдените посебни потреби се засноваат на одредени стратешки принципи, и тоа:

– соодветна распределба на улогите и на активностите помеѓу професионалците од службата и корисниците на услуги во системот кој треба да ги оствари однапред зацртаните цели и принципи,

²⁴ Stephens, C. L., Tauber, K. S., 2001. Early Intervention. J. Case-Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc, p.p. 708-730.

- добра организираност и управување со системот со цел да се одржи неговата функционалност,
- согледување на резултатите од третманот со цел утврдување на ефективноста од постапките и остварливоста на поставените цели,
- култура на постојано учење и усовршување со цел оспособување на провајдерите на услуги за приспособување кон потребите на децата и на родителите и на промените кои настануваат во ресурсната средина,
- мотивација на професионалците со цел стимулирање за зголемување на ефективноста на грижата и заштитата што ја обезбедуваат,
- популациски базирана поддршка за поттикнување на превенцијата, промоцијата на здравствената заштита и поддршката на децата со посебни потреби и нивните родители,
- развивање капацитети и способности за помош и поддршка за да се обезбеди ефективна интервенција.

1.10 Тимска работа (Roffey, 1999b)²⁵

Тимската работа може да биде процес што ќе понуди задоволство и награда, но, сепак, подеднакво може да биде и фрустрирачки и разочарувачки. Разбирањето и потпирањето на факторите врз кои се засновуваат добро организираните и воедначени тимови, им овозможува воедно и на лидерите и на членовите на тимот да земат улога во градењето и во одржувањето на силен тим. Наведеното е битен фактор што влијае на воспоставување и одржување на мотивацијата и моралот и пред сè на квалитетот на понудените услуги.

Иако некои луѓе влегуваат во полето на работа со деца со посебни потреби со претпоставки дека фокусот на нивната работа треба да е само на децата, во реалноста во работата на професионалците во процесот на рана интервенција има потреба од ефективна интеракција со други професионалци како дел од тимот. Ефективната интеракција не се случува сама по себе. Во тимот треба да постои свесност за одредените битни елементи во процесот на интеракција кои би довеле до функционирање на успешен тим, но сепак интеракцијата полесно се

²⁵ Roffey, S., 1999b. Roles and Responsibilities: Who Does What? S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 29-52.

воспоставува доколку е организирана и водена од тимски лидер кој поседува одредени специфични способности и квалитети на личност.

Искуствата како она од организирањето на тимот во Редфорд хаус (Redford house) кој се отворил во 1989 на Фребел Институт колеџ (Froebel Institute Colege) потенцираат одредени значајни фактори и нудат корисни апликативни информации. Меѓу другото, се доаѓа до значајни информации во врска со:

- потребата на тимот од заедничка-тимска работа,
- познавање на детскиот раст и развој и теорите на едукација,
- значењето на придонесот на секој професионалец: секој треба да има право на глас,
- почитување, прифаќање и поддршка,
- поделба на тимските идеали, достигнувања, но и ризици,
- градење доверба,
- потреба од обезбедување терен каде што секој ќе научи да ги почитува и да ги користи персоналните поединечни сили и ресурси во рамките на тимот и да се фокусира на она што треба да се направи отколку да се чувствува ограничен од тоа што понекогаш личните фрустрации или слабости може да претставуваат пречка во користењето на расположливите ресурси.

Секој поединец на тимот треба да има право на глас, врз основа на тоа што секој поседува нешто што може да понуди и да придонесе со своето поразлично мислење или знаење од одредена област.

Есенцијален дел од организацијата на тимската работа претставува етиката на тимското работење. Потребно е членовите на тимот да се почитуваат еден со друг и да се потпираат еден на друг. Возрасниот како и детето треба постојано да се поттикнува, да се евалуира, да се вреднува неговата работа и да се оддава признание за достигнувањата. Со еден збор, и возрасните имаат потреба од пофалба за она што го работеле и постигнале. Грижата и сочувствувањето со колегите како и интересот за нив како за луѓе, без разлика на личните чувства, помага секој човек да се почувствува значаен и почитуван.

Лидерот и членовите на тимот треба да бидат свесни за поделбата на одговорностите во врска со заедничкото постигнување. Обезбедувањето конструктивна соработка помеѓу персоналот овозможува плодносен и ефективен пристап и во процесот на третман на децата.

1.10.1 Стручен тим за рана интервенција

За остварување добра соработка меѓу професионалците од различни области значајно е да се има јасна претстава за тоа што секој од нив работи, како и со кого работи.

Како што е потребна соработка помеѓу професионалците од различни служби кои нудат услуги на семејствата кои имаат дете со посебни потреби, од голема важност е добрата комуникација и соработка помеѓу професионалците во една служба или оддел.

Потребно е да се внимава на:

- начинот на кој се врши планирањето со цел донесување заеднички одлуки,
- да се понудат дискретни услуги со цел да се избегне повторувањето,
- да се даваат конзистентни и јасни, а не збунувачки пораки,
- да се остварува ефективна меѓусебна комуникација.

Иако целта е да се биде јасен и конзистентен, добрата интерагенциска соработка е зависна многу повеќе од позитивните работни релации отколку од ригидните дефинирања на улогите на членовите од тимот. Добрата практика се воспоставува онаму каде што професионалците се фокусирани на потребите на детето и семејството, каде што постои поделба на улогите кога се работи на одредена задача и се носат заеднички одлуки во процесот на одлучување. Професионалците кои се ограничуваат само во рамките на нивната улога имаат недостаток од флексибилност која е потребна во работењето во комплексни ситуации.

Европската агенција за развој на образованието на децата со посебни образовни потреби во 2003 година направила преглед на актуелната европска состојба во поглед на раната интервенција во кој како една од важните компоненти за квалитетна реализација на раната интервенција се наведува тимската работа. Притоа се нагласува дека градењето на тимската работа не е едноставна бидејќи бара интердисциплинарна соработка не само со членовите на тимот туку и со родителите.

Членови на тимот за рана интервенција се психологот, социјалниот работник, едукациско-рехабилитациониот професионалец (специјалист за рана интервенција), физијатар и медицинска сестра, според Европската агенција за

развој на посебното образование (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005), цитирано во Косичек и сор. (Kosicek et al., 2009)²⁶.

1.10.2 Модел на тимска динамика (Case-Smith, 2001b)²⁷

Тимот на професионалци кои обезбедуваат услуги за децата треба да биде флуиден и динамичен со промена на улогите внатре во системот со цел ефективен одговор на потребите на корисниците на услугите.

Интеракцијата во тимот е потенцијално најпредизвикувачкиот аспект во рамките на тимската динамика. За да се стане ефективен член на тимот, потребно е секој член на тимот да поседува одредени компетенции. Способности за интерперсонална комуникација, разрешување конфликти, донесување одлуки, консултација и лидерство се потребни со цел секој професионалец да стане ефективен член на тимот.



Слика 2. Модел на тимска динамика (Case-Smith, 2001b)

Моделот на тимска динамика кој е претставен на сликата се однесува на тимска динамика која се базира на интерактивни компоненти кои ја одредуваат

²⁶ Kosicek, T., Kobetic, D., Stancic, Z., Jokobic Oreb, I., 2009. Istrazivanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 45, br. 1, 1-14.

²⁷ Case-Smith, J., 2001b. Teaming. J. Case-Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc, p. 21-38.

тимската ефективност и продуктивност. Составните делови на системот се: тимската мисија и цели, структурата и составот и интеракцискиот модел.

Овие тимски елементи го одредуваат начинот на којшто функционира тимот. Контекстот или организацискиот систем ја одредува основната задача на тимот, неговата структура и интеракцискиот модел кој може да варира и во рамките на еден систем.

1.10.2.1 Интеракциски модел на тим

Мултидисциплинарен, интердисциплинарен и трансдисциплинарен

Во *мултидисциплинарниот тимови* членовите на тимот функционираат релативно автономно. Секој се почитува поради тоа што поседува експертиза од одредена област на практиката. Членовите на тимот имаат разбирање за практичните достигнувања на секој професионалец од тимот и се потпираат еден на друг со цел исполнување на своите улоги и остварување на тимските задачи.

Во мултидисциплинараните тимови професионалците вршат посебно самостојна процена и донесуваат индивидуални планови за третман. Интервенцијата главно се остварува во посебни еден на еден средби. Комуникацијата е фокусирана на есенцијалните елементи на детската грижа и поддршка и на задачите кои треба да се исполнат со цел да се постигне развоен напредок.

За разлика од мултидисциплинараните тимови, во *интердисциплинарниот тимови* постои потреба од градење на групна синтеза. Секој професионалец има одредено знаење од останатите дисциплини и оваа свесност му овозможува на секој од професионалците да го разберат јазикот на другите. Улогите во рамките на интердисциплинарниот тим се пофлексибилни. Иако процените се изведуваат во индивидуални сесии, членовите учествуваат заедно во планирањето и во евалуацијата на развојниот исход. Во интердисциплинарниот модел на интеракција, тимот од професионалци од различни дисциплини вклучени во поддршката на детето соработува со семејството со цел да се развие и да се имплементира интервентна програма.

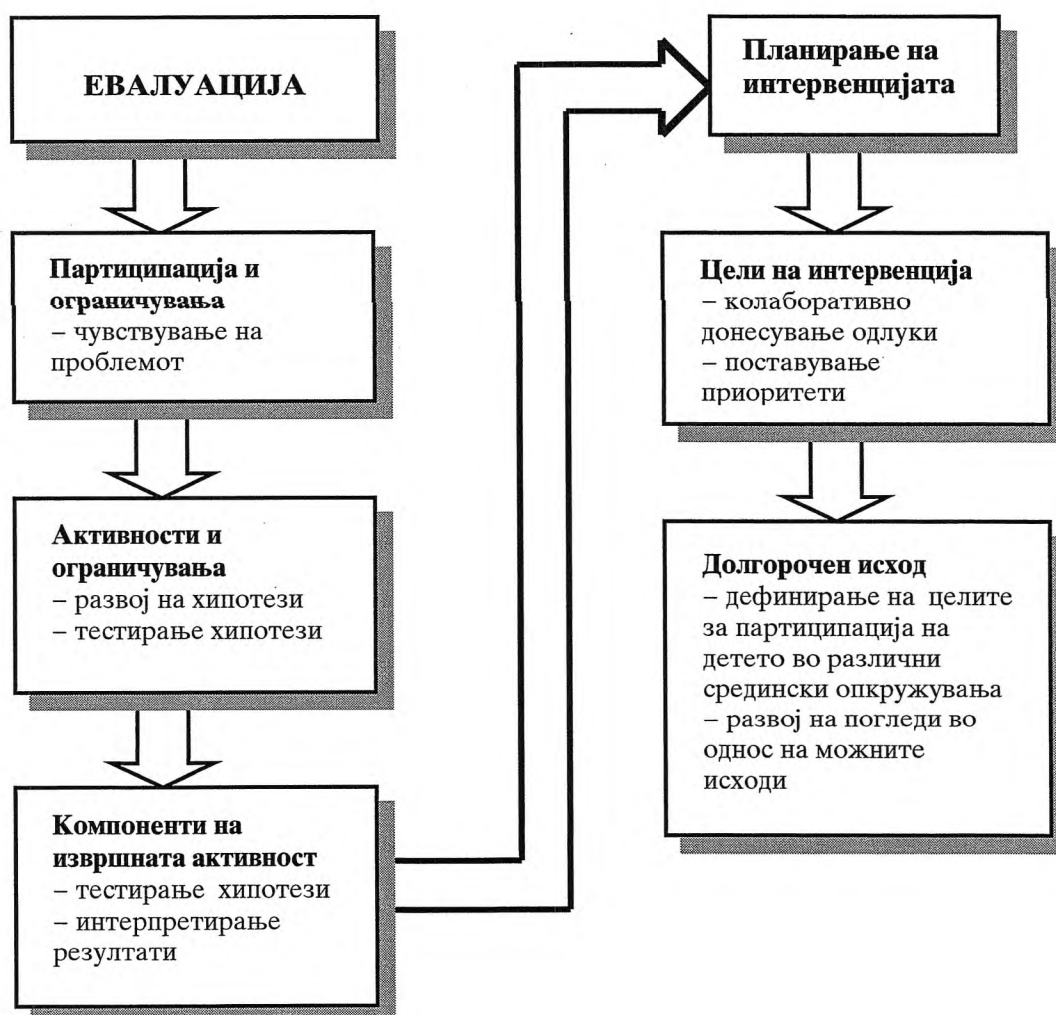
Трансдисциплинарниот модел на интеракција се применува во системите каде што е потребно високо ниво на флексибилност и каде што семејството е центар кон кој се насочуваат сите услуги. Трансдисциплинарниот модел се базира

на претпоставката дека поголема кохерентност се постигнува кога семејството остварува интеракција со еден професионалец. Членовите на тимот работат заедно на евалуација на потребите на детето и дизајнирање на програмата за работа која се спроведува од еден член на тимот. Членот на тимот кој ја спроведува програмата се консултира со другите членови на тимот во врска со одредени прашања од страна на родителите, за реевалуација и дизајнирање на стратегии за интервенција.

1.11 Улогата и задачите на дефектологот во процесот на рана интервенција

Задачите на детето во периодот на растење и развој се однесуваат на континуираните адаптации на барањата од средината и на асимилацијата на предизвиците. Динамичната природа на интеракцијата се воспоставува преку врската на внатрешниот часовник за матурација и начинот на кој детето се адаптира на промените во средината. Промените во физичката и социјална средина се под влијание на развојните потреби на детето и на одредени варијабли кои се во врска со тие развојни потреби.

Клиничка процена и евалуација



Слика 3. Концепциски поглед во процесот на планирање на интервенцијата (Case-Smith, 2001a)²⁸

Во процесот на евалуација дефектологот треба да добие слика за глобалното функционирање на детето и за нивото на учество во активностите во средината која го опкружува, како и ограничувањата при нивното изведување. Овие информации се базата врз која се започнува со дефинирање на развојниот проблем на детето. Така дефектологот добива насоки за дополнителна и поинтензивна евалуација која ќе ја зголеми неговата свесност и ќе го дефинира проблемот.

Во следното ниво на евалуација се дефинираат компонентите на извршната активност кои се забавени, недоволно развиени или недостасуваат и на тој начин го ограничуваат детето. Дефектологот, исто така, ги дефинира и компонентите на извршната активност кои претставуваат здрави сили врз коишто детето се потпира. Извршната активност секогаш се дефинира во рамките на одреден контекст. Компонентите на извршната активност кои се од важен интерес во процената од страна на дефектологот се од сензорното, моторното, перцептивното, когнитивното и психосоцијалното поле на развој на детето.

Преку придвижување од евалуација кон партиципација во одредени активности, а потоа и кон компонентите на извршната активност, терапевтот добива комплетна слика во врска со развојниот проблем на детето и грижите и проблемите на сите оние што се вклучени во активности со детето (родителите, членовите на семејството, едукаторите). Терапевтот веќе добива комплетна претстава за начинот на кој треба да стапи во интеракција и како да изгради доверлив и позитивен однос со детето.

Врз основа на добиените информации од процесот на евалуација се поставуваат краткорочните цели во процесот на интервенција. Информациите во врска со ограничувањата во извршната активност се основа за поставување на долгорочните цели на дејствување.

Со цел поставување реални цели потребна е тимска евалуација на одредени аспекти на развојот и утврдување на развојното ниво на детето од кое

²⁸ Case-Smith, J., 2001a. An Overview of Occupational Therapy for Children. J. Case Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St.Louis Missouri: Mosby Inc, p.p. 2-20.

ќе се започне со планирање стимулативни активности со цел позитивен развоен исход. Важно е поставување реални краткорочни и долгорочни цели, нивна тимска реевалуација на одреден временски период од спроведувањето на третманот со цел утврдување на развојните насоки и ефективноста од преземените интервентни дејства.

Интервенцијата се фокусира на стимулирање на детскиот развој и зголемување на капацитетите за учество во одредени активности во рамките на средината. Интервенцијата ги вклучува следните цели:

- воспоставување повисоко ниво на функционално-извршните способности;
- компензирање на ограничувањата преку адаптација, индивидуализација и употреба на асистивна технологија;
- модификација на средината;
- промени во системот.

За да се постигнат наведените цели на интервенцијата дефектологот доследно ги икорпорира терапевтската работа и стимулирањето на развојот на детето и советодавната улога и едукација на родителите на детето и воспитнообразовниот кадар од инклузивната едукативна средина.

Фокусот на терапевтските интервенции со децата со посебни потреби се однесува на постигнување повисоко ниво на развој и функционална извршна активност.

Терапевтот е високосензитивен во однос на развојот на самоактуелизацијата и самодовербата кај детето и му помага на мултидисциплинарниот тим и семејството да обезбедат активности и да подготват средина која ќе биде стимулативна и ќе ги развива капацитетите на личноста.

Советувањето претставува есенцијален дел од третманот. Терапевтот помага да се развијат решенија кои ќе можат да се реализираат во природната средина на детето и го поддржува пренесувањето и одржувањето на новостекнатите способности во друга средина. Новостекнатите способности во рамките на терапевтските сесии не се пренесуваат автоматски во друга средина. Значајно е детето да се почувствува безбедно за да проба одредени активности во нова средина. Затоа од голема поддршка ќе биде соработката и советувањето помеѓу терапевтот и родителите или едукаторите со цел да се укаже на

развојното ниво на детето и изборот на активности кои ќе му влеат сигурност на детето да ги покаже своите новостекнати способности (Case-Smith, 2001a)²⁹.

1.12 Мултидисциплинарна работа

Голем број луѓе се вклучени во грижата, стимулацијата и едукацијата на децата со посебни потреби. При обидите за интегрирање на нивната работа може да се јават проблеми доколку не се пристапи правилно во процесот на формирање мултидисциплинарни тимови кои ќе работат заедно и ќе ги делат одговорностите во процесот на задоволување на потребите на децата.

Постои потреба од организирана соработка помеѓу установите за рана интервенција и третман и градинките и училиштата каде што се инклучирани децата со посебни потреби. Организираната соработка помеѓу установите би довела до зголемување на квалитетот на услугите кои се нудат на децата и на двете нивоа.

Односите на професионалците во мултидисциплинарниот тим треба да бидат засновани врз одредени принципи кои ќе ја олеснуваат соработката и ќе ја подигнуваат мотивацијата за одржување на истата со цел задоволување на посебните потреби на децата. Се обрнува внимание на постоење на:

- *Испрејлешени улоги.* И покрај тоа што постои поделба на улогите помеѓу професионалците сепак некои улоги може и да се споделуваат со цел адекватна поддршка на децата со посебни потреби.
- *Заедничко планирање на целиџе.* Одржување состаноци на мултидисциплинарните тимови со цел заедничко планирање на целите во однос на стимулација на развојот и едукацијата на секое дете посебно.
- *Конценџирани сџимулации во џрвџџе години од живоџоџџ (ран развој).* Во текот на раниот развој и на предучилишниот период потребна е поголема соработка помеѓу терапевтите и воспитниот кадар од предучилишните установи со цел воспоставување на истата стимулативна структура преку која детето ќе добива поддршка во текот на развојот на нови способности и надоградување на неговите постојни капацитети.
- *Заемна оџсервација на кадароџ на рабоџниџџе месџа.* Вклучување на

²⁹ Case-Smith, J., 2001a. An Overview of Occupational Therapy for Children. J. Case Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby Inc, p.p. 2-20.

терапевтите во инклузивната училишница со што се овозможува пренесување на способностите на останатиот кадар за адекватна поддршка на децата со посебни потреби, а воедно терапевтот се здобива и со дополнителни способности во контактот со наставниот кадар.

- *Замен (заеднички) тренинг.* Присуствување на едукации наменети за професионалци од различни области кои нудат поддршка на децата со посебни потреби или заемно (меѓусебно) тренирање на професионалците од различни области.

- *Интензивна работа со секое дете.* Тимска соработка околу решавање на проблемите на секое дете посебно.

- *Физичка близина на професионалците.* Таа овозможува релативно побрзо воспоставување контакт и комуникација помеѓу професионалците за разрешување на одредените проблеми кои се јавуваат во поддршката на развојот на одредено дете.

- *Заедничко интервјуирање на семејството.* Целта е намалување на непотребното повторување информации.

- *Активна поддршка на менаџерскиот тим на тимската соработка.*

- *Почитување на принципите на колаборативна средина.*

Поттикнување на мултидисциплинарната соработка од страна на постариот кадар, предаденост на целиот кадар на создавање и одржување на услови за соодветна поддршка на децата.

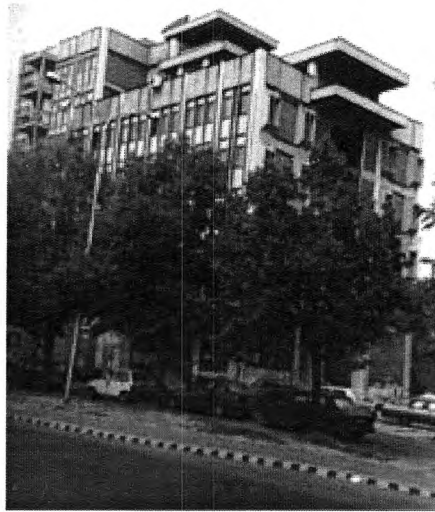
- *Посвојување волја за делење.* Градење на заемна доверба и средина во која ќе постои постојано споделување на новите сознанија помеѓу професионалците со цел поголема успешност во процесот на стимулации на развојот на децата (Lacey, 1998)³⁰.

1.13 Сервисна служба Завод за ментално здравје на деца и младинци „Младост“

Во функција на стручно решавање на проблемите од областа на менталното здравје, веќе педесет години функционира Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ – Скопје кој е единствен по своите

³⁰ Lacey, P., 1998. Multidisciplinary teamwork. C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds. 1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p. 219-231.

надлежности во Република Македонија. Заводот е здравствена институција која во својата основна дејност за заштита и унапредување на менталното здравје на децата и младинците спроведува примарна, секундарна и терциерна превенција на менталното здравје.



Слика 4. Завод за ментално здравје – Скопје

Дејноста на Заводот опфаќа превенција, детекција, дијагностика, рана интервенција и третман на развојните проблеми во предучилишната, училишната возраст и проблеми што се јавуваат во периодот на адолесценција и младост. Во рамките на медицинскиот дел на рехабилитацијата тимската работа опфаќа дијагностика, процена на развојните можности и способности, третман и следење, работа со родители, соработка со други релевантни институции вклучени во системот на рана превенција и интервенција, здравствена и социјална заштита. Сепак, основната дејност е насочена кон примарната превенција и раната интервенција, преферирајќи социо-медицински пристап кон појавите што ги третира.

Стручното работење е организирано во три организациски единици: диспанзер, дневна болница (одделение за полустационарен третман) и медико-генетско советување со цитогенетска лабораторија. Организациската поставеност обезбедува диспанзерска и полустационарна заштита на менталното здравје на децата и младинците.

Во Одделението за диспанзерска заштита на менталното здравје е опфатена целокупната психопатологија во развојниот период, од најраната возраст до адолесцентниот период. Во таа смисла се организирани и отсеците во диспанзерот на Заводот:

- Отсек за следење на нормален психомоторен развој и психопатологија во предучилишна возраст
- Отсек за проблеми и психопатологија во училишна возраст
- Отсек за адолесценти и работа со нивни семејства
- Отсек за епилепсија и гранични случаи со ЕЕГ лабораторија
- Отсек за попречени во психофизичкиот развој
- Отсек за ортодонција

Кога диспанзерскиот третман се покажува како недоволен, се препорачува прием и лекување во Дневната болница на Заводот – Одделение за полустационарен третман на ментални растројства, каде што постојат услови на поинтензивен тераписки период во рамките на договорената тимска обработка на случаите, користејќи соодветни методи на третман индивидуална и групна терапија, социо-психотерапија, реедукација на психомоторика и др.

Инаку, метод на работа во сите сегменти на службата е тимската работа, со која се обединети потесните специјалности од различни стручни профили во еден тим каде што постои континуирана соработка и заедничко работење во извршувањето на основната дејност.

Дневната болница при ЗМЗ „Младост“ претставува одделение за полустационарен третман каде што се лекуваат психички растројства во раната детска возраст. Таа е единствена од таков вид во Република Македонија која функционира од 1978 г. Во неа се третираат развојни растројства во детската возраст, и тоа: поттикнување на психомоторниот развој, говорни проблеми, специфични проблеми во процесот на учење (дислексија, дизграфија, дискалкулија), тик нарушувања, фобично-анксиозни растројства, потешкотии во одвојување од родителите (сепарации, стравови), нагласени проблеми во социјалната адаптација, аутистични нарушувања и рани детски психози.

Во Одделението за цитогенетско иследување се спроведуваат цитогенетски испитувања и генетски консалтинг, се вршат истражувања за постоење хромозомски отстапувања, се следат појавите на херидитарните заболувања, се врши превенција на таквите отстапувања и заболувања. Исто така во ова одделение се даваат упатства и совети на испитаните лица и на членовите на нивните семејства од доменот на менталното здравје во развојниот период.

Во заводот се вработени лекари-специјалисти (психијатри, педијатри невролози и педијатар-генетичар), дефектолози, психолози-специјалист по медицинска психологија и специјалист по училишна психологија, педагози, логопед, ортодонт, биолог-специјалист по хумана генетика, социјален работник, медицински сестри и помошен персонал.

Во рамките на своите надлежности Заводот ја опфаќа целокупната психопатологија на децата и на младинците од предучилишната, училишната и адолесцентната возраст. Основни состојби и заболувања кои се третираат во Заводот се: растројства на психомоторниот и менталниот развој, нарушувања во организацијата на функциите (исхрана, спиење, говор, елиминација), невротски реакции, неврози, бордерлајн состојби, психози, аутизам, конвулзивни состојби и епилепсии, растројства на личноста и однесувањето, проблеми во социјална адаптација, училишен неуспех.

По извршената детекција и дијагностика, се врши тимско разгледување на добиените наоди од страна на професионалците од различни области и се врши тимско разрешување и поставување работна дијагноза. Во однос на дијагностичкиот процес во развојниот период треба да се нагласи дека се работи за поставување развојни дијагнози за одредената состојба и развоен проблем која може да претрпи промени во текот на процесот на рана интервенција и третман како резултат на расчистување на клиничката слика низ опсервациите, но и како резултат на ефектите од спроведената интервенција и третман.

Тимското работење е основен принцип на работа во Заводот како во дијагностичка, така и во терапевска смисла.

Мултидисциплинарниот тим во Заводот нуди одредени услуги, и тоа:

- клиничка процена, при која се одредуваат одредените причини што доведуваат до потешкотии кај детето,
- дијагностика,
- индивидуален и групен третман и терапија,
- семејна терапија – акцентот се става на разбирањето на семејната динамика и значењето на однесувањето на детето во тој контекст,
- плеј терапија – за да се овозможи индивидуална експресија, решавање на проблемите, разбирање и поддршка,
- семејна поддршка – насочена кон справување со однесувањето на детето во домашна средина и поддршка на семејствата за справување со емоционалните

проблеми кои настануваат кога се соочуваат со предизвикот да се има дете со посебни потреби,

- медикаментозна терапија,
- насочување кон други служби за поддршка.

1.13.1 Членови на тимот во рамките на сервисната служба за рана интервенција во Заводот за ментално здравје

1.13.1.1 Лекар (педијатар, психијатар, невролог)

Педијатрите од примарното здравство и матичните лекари се првите здравствени работници кои доаѓаат во контакт со децата во текот на раниот развоен период. Тие се оние што треба да имаат развиено способности за препознавање на одредената развојна попреченост и да го препратат детето кон службите за рана интервенција.

Лекарите специјалисти педијатри, психијатри, невролози во рамките на службата за рана интервенција заедно со тимот од професионалци ја вршат процената на развојните можности и способности на детето и ја поставуваат развојната дијагноза.

Лекарот специјалист од свој аспект ги определува целите во однос на процесот на рана интервенција во кој се вклучува детето по откривањето на развојниот проблем. Се насочуваат родителите за спроведување на основните медицински иследувања кои ќе дадат комплетна слика за развојниот проблем, се работи со семејството во процесот на прифаќање на детето со посебни потреби, се врши евалуација на постигнатиот развоен напредок и насочување на родителите со цел поголема проодност во системот на рана интервенција и социјална поддршка во инклузијата на детето со посебни потреби.

Посебно е важна консултативната улога која ја има лекарот специјалист во однос на воспоставувањето партнерски однос со родителите на детето со посебни потреби, како и соработката со инклузивните тимови од градинките и од училиштата.

1.13.1.2 Медицинска сестра

Медицинската сестра во рамките на службите за рана интервенција учествува во тријажниот процес на детето со посебни потреби при првичното

доаѓање во установата каде во зависност од возраста на детето и проблемот кој родителите укажуваат дека го забележуваат кај нивното дете, врши насочување на детето кон лекарот со одредена специјалност.

Другите задачи на медицинската сестра се во врска со опслужувањето на децата кои доаѓаат на третман во рамките на полустационарниот оддел во установата, особено во групната работа во однос на полето на социјализација. Медицинската сестра нуди медицински услуги и на полето на техничката поддршка во ЕЕГ и лабораториските иследувања кои се достапни во установата во врска со дијагностичкиот процес.

1.13.1.3 Дефектолог

Главните задачи на дефектологот во рамките на сервисната служба за рана интервенција во работата со децата со посебни потреби и нивните семејства се однесуваат на следните услуги:

1. Скрининг на развојните нарушувања.
2. Одредување на развојното ниво на децата при поставувањето на развојната дијагноза.
3. Изработка, имплементирање и мониторинг на терапевтските интервенции.
4. Евалуирање на ефективноста на интервенциите и модификација на интервентната програма доколку е потребно.
5. Идентификација на семејните грижи, ресурси и приоритети.
6. План за препораки на семејствата и мониторинг на нивната имплементација.
7. Партиципација во интердисциплинарното планирање.
8. Советување со членовите на семејството.
9. Консултација, соработка и упатување на семејствата кон други професионалци и служби во заедницата.
10. Има улога на координатор на сервисните услуги.
11. Препорачување и употреба на адаптивна опрема и асистивна технологија.
12. Препораки за одредени средински модификации и имплементирање на договорените промени.

1.13.1.4 Логопед

Во практиката на логопедот со децата со посебни потреби фокусот се пренасочува од говорот и јазикот на способностите за комуникација во целина и во препознавање на важноста на социјално прифатливото однесување и развојот на когнитивните процеси како основа за развојот на говорот и јазикот. За логопедот од голема важност е јакнењето на врската помеѓу комуникациските способности и другите сфери на развојот како што се моторните способности, социо-емоционалното функционирање и адаптивното однесување.

Логопедот ги обезбедува следните услуги:

1. Скрининг, идентификација, процена, дијагноза, интервенција, третман и развојно следење на нарушувањата кои дејствуваат на:
 - говорот, артикулацијата, флуентноста, гласот;
 - јазикот, синтаксата, семантиката, прагматиката;
 - оралните, фарингеалните, езофагеалните и другите функции;
 - когнитивните аспекти на комуникацијата;
 - социјалните аспекти на комуникацијата.
2. Консултација, советување и упатување на други сервисни служби.
3. Тренинг и поддршка на членовите на семејството и на другите комуникациски партнери.
4. Ефективни техники и стратегии на аугментативна и алтернативна комуникација.

1.13.1.5 Психолог

Психологот како дел од мултидисциплинарниот тим има улога во процесот на дијагностика, но и на третман и следење на децата со посебни потреби и на унапредување на менталното здравје на децата кои имаат емоционални или бихевиорални проблеми.

Активности:

- Превенција
- Психодијагностика
- Советување и психотерапија
- Плеј-терапија

Психолошката процена опфаќа процена на:

- Интелегенцијата и когнитивното функционирање
- Едукативните капацитети
- Адаптивното однесување
- Јазикот и комуникациските способности
- Сензорните и перцептивните функции

Психологот има улога во промовирањето на менталното здравје и во соработката со психолошко педагошките служби од градинките и од училиштата. Психолозите имаат за цел да ја промовираат соработката со родителите и формирањето на партнерскиот однос преку советување и промовирање на значајноста на родителската улога и јакнењето на семејните капацитети. Користејќи модели на советување и мониторинг, психолозите претставуваат поддршка во третманот на детето со посебни потреби што се спроведува кај детето во врска со другите аспекти на детскиот развој од страна на другите професионалци од мултидисциплинарниот тим.

1.13.1.6 Педагог

Педагогот во службата за рана интервенција има улога во процена на академските знаења и достигнувања.

Тој дизајнира и развива процедури за превенција на менталното здравје, проблемите со учењето и обезбедува едукативни можности во врска со остварување на овие цели.

Педагогот нуди и директни услуги на одредени ученици со цел подобрување на академскиот статус, збогатување на академските знаења, јакнење на менталното здравје, социјалните компетенции, структурирање на однесувањето и намалување на бихевиоралните проблеми кои влијаат на активното внимание и концентрација и на степенот на усвоени знаења во рамките на редовната едукативна средина.

Педагогот остварува и консултативна улога и соработува со психолошко-педагошките служби од градинките и од училиштата, а во врска со соодветен пристап од сите аспекти на децата кои се опфатени со рана интервенција, а се инклуудирани во редовната едукативна средина.

1.13.1.7 Социјален работник

Главната улога и примарниот фокус на социјалниот работник е да им помогне на децата и на нивните семејства во што поголема и поквалитетна партиципација во нивната социјална средина. Социјалниот работник помага корисниците на услугите во системот на рана интервенција да се поврзат со другите сервисни служби, да обезбедат финансиска помош и поддршка и да ги изнајдат здравите сили и соодветните ресурси кога е во прашање постоење ризик по менталното здравје.

Тие, исто така, нудат советување на клиентите и воспоставуваат координација на интерагенциските услуги за потребите на корисниците на услуги (врз основа на утврденото ниво на функционирање во комисиите за распределување и одредување на способностите).

1.13.1.8 Биолог

Биологот-специјалист по хумана генетика во рамките на превенцијата и раната интервенција има улога во:

- откривање, регистрирање и клиничка обработка на деца со цитогенетски нарушувања,
- генеолошка анализа на семејства во кои се родени деца со цитогенетски нарушувања,
- поставување индикации за цитогенетско испитување,
- вршење хромозомска анализа,
- генетска консултација со родители на деца со цитогенетски нарушувања.

1.13.1.9 Специјалист стоматолог-ортодонт

Ортодонтот има улога во превенција, поставување ортодонтска дијагноза и лекување стоматолошки заболувања.

Ортодонтот учествува и во тимската работа, соработувајќи со другите профили во интервентната постапка преку отстранување на проблемите во однос на денталното здравје.

1.14 Транзиции во системот

Транзициите за младите деца со попреченост можат да настанат на голем број места: кога детето излегува од болницата и се враќа во својот семеен дом, од домашна грижа во центрите за рана интервенција и од предучилишните институции во основното училиште. Транзициите може да ги дефинираме како „момент на промена на сервисите и персоналот кои ги координираат и ги обезбедуваат сервисите“ (Каровска, Јачова 2006)³¹.

Овие транзиции може да бидат стресни за семејствата. Една од најважните транзиции за децата со попреченост е транзицијата од сервисите за рана интервенција во основното инклузивно училиште. Идеална транзиција е онаа што претставува внимателно планиран процес којшто е насочен кон достигнување на одредени цели, кој е инициран од примарниот провајдер на услуги, кој поставува и имплементира мултиагенциски сервисен план за секое дете кое започнува да учи по нова програма. За жал, транзициските искуства на многу семејства не го пресретнуваат овој идеал.

1.14.1 Индукција и транзиција (Robson, 1996)³²

За некои деца транзицијата од дома во воспитнообразовната средина е успешен процес, но за некои деца може да претставува искуство кое ќе предизвика анксиозност и конфузија. Процесите на индукција и транзиција се потенцијално стресни воедно за децата и за оние што се грижат за нив. Последиците од оваа стресна ситуација може да се нагласат доколку детето не е подготвено за транзициониот период во процесот на социјална инклузија.

Транзицијата и индукцијата означуваат промена, а промената е важен дел од развојот. Сепак, од големо значење е воспоставувањето сензитивна теорија и практика, а нивното внимателно спроведување преку позитивна стимулација ќе доведе до одредени промени кои нема да бидат толку драстични за да не предизвикаат шок.

³¹ Каровска, А., Јачова З., 2006. Транзициите на децата со попреченост од сервисите за рана интервенција во редовните инклузивни училишта. *Дефектолошка теорија и практика*, Скопје бр. 3/4, 37-44.

³² Robson, S., 1996. Home and school: a potentially powerful partnership. S. Robson, S. Smedley, eds. 1999. *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p. 56-74.

Индукцијата во училишната средина не е еднонасочен процес преку кој детето и неговото семејство се приспособуваат на училишната средина. Потребно е да се изведе десензибилизација пред започнување на транзицијата во нова средина. Потребно е да се изградат прилики за да може секој да остави впечаток и да изгради влијание врз другиот. Во практика тоа значи дека професионалците ќе ги вреднуваат и ќе ги изградуваат искуствата и знаењето и разбирањето кои детето веќе ги стекнало и ги здобило пред започнување на школувањето. Професионалецот треба да ги користи и информациите кои детето и родителот можат да му ги обезбедат. Влегувањето во училиште не треба да се доживее како почеток, туку како транзиција кон пошироката средина и кон поголем избор на околности за сознавање, дејствување и градење на способности.

2. Инклузија

Во текот на изминатата декада се бележат голем број промени во процесот на рехабилитација и едукација на децата со посебни потреби. Едни од најважните придобивки од овие промени се однесуваат на признавањето и почитувањето на различностите. Ова пак овозможува да се засилат напорите за враќање назад во заедницата на сите оние што биле исклучени или сегрегирани (маргинализирани) од страна на мнозинството поради нивната различност.

Помеѓу единките кои биле исклучени се наоѓале и деца кои имале одредена попреченост која им претставувала бариера во процесот на учење и развој. Бариерите биле во најголем дел од попреченоста на индивидуите, но и од средината во која опстојувала, живеела и се развивала единката.

Недоволното познавање, а оттаму и присуството на стравот од природата на попреченоста и причините кои доведуваат до неа развиваат различни видови на сфаќања и верувања кои се искривени и не одговараат на реалноста. Во принцип и не постојат големи разлики во верувањата помеѓу културите од различни делови на светот.

Транзицискиот период кон прифаќањето на она што значи различност опфаќа голем број истражувања, искуства, поголемо разбирање, реevaluација на вредностите и промени во политичките идеи. Сето ова полека, но сигурно води

кон подобрувања на условите за интеграција и инклузија во општествени рамки на лицата со посебни потреби.

Со големиот број студии се добиле податоци дека децата со посебни потреби кои престојувале во одредени установи одделени од примарните семејства по напуштањето на установите воопшто немале порив да се вратат назад во нивните примарни заедници. По годините кои децата ги минувале во сегрегација овие лица и нивните семејства станувале странци.

Голем број луѓе, родители пред сè, но и наставници и политички свесни луѓе не се чувствувале добро од овој начин на поддршка која ја нудело општеството и започнале борба за правата на сите деца генерално, а посебно и за правата на децата и возрасните со посебни потреби. Една од посебните цели била да се добие правото за развој во средина заедно со другите кои условно кажано немаат посебни потреби.

Ова бил почетокот на реформите кои воделе до „нормализација“ кои како крајна цел би довеле до процесот на инклузија на индивидуата.

Концептот на „нормализација“ често се заменува и не се интерпретира точно неговото значење. „Нормализација“ не значи дека се работи за процес во кој ќе се направи луѓето да бидат нормални. Овој концепт означува дека луѓето кои имаат одредена попреченост се согледуваат како природен и оттаму и нормален дел од општеството. Нивните потреби и квалитет на живот мора да бидат загарантирани преку истите законски регулативи и сервисни служби како легислативите и службите кои ги заштитуваат правата и го обезбедуваат квалитетот на животот на мнозинството од популацијата. Ова се однесува на легислативата во однос на здравствената заштита, социјалната сигурност, едукацијата, општата пристапност и достапност на сервисните служби, работата, рекреацијата итн. Исто така, ова ги вклучува и правата да се има пријатели, да се доживее љубов, да се остварат партнерски релации, вклучувајќи го и правото да се има семејство и потомство.

Сепак, кога се зборува за права значајно е да се назначи дека лицата со посебни потреби како и другите луѓе имаат одредени одговорности и обврски кон другите луѓе и кон општествената заедница. Највисоката цел која треба да се достигне е секоја индивидуа да има одговорност и обврска за да дава она што

може, а во исто време и да има право да прима, право да го добие она што ѝ е потребно.

Реалноста сепак никогаш нема да биде идеална, но треба да се посегне по неа и да се прават обиди за достигнување на ваквите цели.

Во Изјавата од Саламанка (UNESCO 1994)³³ за инклузивното образование помеѓу другото се потенцира:

- ❖ Правото на сите деца, вклучувајќи ги и оние со привремени или перманентни потреби за едукативни приспособувања со цел да посетуваат училиште.
- ❖ Правото на сите деца да посетуваат училиште во нивната заедница во инклузивни одделенија.
- ❖ Правото на сите деца да бидат вклучени во едукација која е центрирана кон потребите на детето и која им излегува во пресрет на индивидуалните потреби.
- ❖ Ги нагласува придобивките кои би ги извлекле сите оние што се вклучени во имплементација на инклузивното образование.
- ❖ Правото на сите деца да бидат вклучени во квалитетен образовен систем кој е значаен за секоја индивидуа.
- ❖ Сфаќањето и верувањето дека инклузивното образование ќе води кон инклузивно општество и ќе биде економски оправдано.

Линдквист (Lindquist) цитиран во Донат Сќјортен (Donath Skjorten, 2001)³⁴ како еден од делегатите на конференцијата, нагласува: „Не се работи за тоа дека нашиот едукативен систем има право над одредени деца. Едукативниот систем на одредена земја мора да се промени со цел да се приспособи за да ги задоволи потребите на сите деца“.

Изјавата од Саламанка јасно истакнува дека :

- ❖ Сите деца се едукативбилни, независно од тоа колку се големи развојните и образовните бариери со кои тие се соочуваат.

³³ UNESCO 1994. *The Salamanca World Conference Declaration*. Paris: UNESCO.

³⁴ Donath Skjorten, M., 2001. *Towards Inclusion and Enrichment*. B. H. Johnsen, D.M.Skjorten, eds. 2001. *Towards Inclusion Book no 1 Education-Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag, p.p. 23-48.

- ❖ Инклузивното образование треба да обезбеди едукација која ќе превенира развивање слаба волја, низок степен на себевреднување и последиците кои би произлегле од тоа.
- ❖ Инклузивното образование цели многу повеќе кон соработка отколку кон натпревар.

2.1 Од интеграција до инклузија: повеќе од смена на терминологија

Едукацијата на деца со посебни потреби во редовните училишта не е нов феномен, но постојат терминолошки разлики во описот на спроведената практика. Некои од употребуваните термини се: интеграција (mainstreaming во англиското говорно подрачје) и инклузија.

Инклузијата не претставува интеграција (преместување и вклучување во редовни услови) и не означува асимилација или акомодација на индивидуата во рамките на социо-економските услови и релации во општеството. Инклузијата ги реконструира редовните услови на живеење на начин на кој се креираат можностите за потполна партиципација, припаѓање и социјална интеракција.

Во Република Македонија во рамките на редовните училишта долго време се спроведуваше процесот на интеграција на децата со посебни потреби – функционална и социјална интеграција преку посебните паралелки на деца со посебни потреби во редовните училишта.

Филозофијата на инклузивното образование во себе го содржи радикалниот концепт на трансформација на општеството во сите негови сегменти т.е. менување на вредностите, приоритетите и политиката со која се поддржува вечната практика на исклучување и дискриминација.

Од филозофска перспектива инклузијата е покомплексен процес и се однесува на промените кои редовната едукативна средина треба да ги направи за да овозможи пристап на децата со различни специфични образовни потреби внатре во училницата. Наставникот од редовната училница ја има главната одговорност во процесот на едукација на сите деца. Со цел да ја направи училницата инклузивна за сите деца, наставникот треба да соработува партнерски со дефектологот за да направи адаптации на курикулумот и да

овозвозможи структурирање на училиницата на начин кој ќе обезбеди услови за учење на ученици со различни едукативни потреби.

Интеграцијата во редовната училиница означува адаптација на детето со посебни потреби во редовната училиница, а инклузијата се однесува на промените кои редовната средина ги покренува со цел таа да се адаптира на едукативните потреби на детето.

Концептот на инклузивното образование инкорпориран во низа документи на интернационални организации како „Светската декларација за образование на сите“ од ОН, усвоена 1990, ги промовира основните принципи за образование на сите. Споменатата декларација е проследена од страна на Светската конференција за специјално образование во Саламанка 1994. Во „Изјавата од Саламанка“ владите на сите земји во светот се насочени да го усвојат инклузивното образование како закон или принцип, а оние со потреби за специјално образование треба да имаат пристап до редовните училишта кои треба да се приспособат за да им излезат во пресрет на посебните потреби на децата. Редовните училишта според тоа ќе имаат поголема улога во процесот на обезбедување образование на деца со посебни потреби, а редовниот образовен систем ќе стане пофлексибилен и поадаптивен.

Сето ова упатува на реформи во образовниот систем за вградување на принципите на инклузивното образование во редовната едукативна практика.

Во нашата земја со цел да се доближиме до светските инклузивни стандарди и да се надмине стихижниот процес на интеграција во училиштата, беше реализиран проектот „Интеграција на деца со специјални образовни потреби во Република Македонија“ од 1998 до 2001 година. Ефектите од проектот се однесуваа на создавање средина која ги вклучува сите преку активна партнерска соработка на училиштето и наставниците, родителите, децата и локалната заедница во подобрување на свеста за потребите на децата со посебни образовни потреби. Се создадоа механизми за стручна помош, а се изготвија и стручни материјали – прирачник за потребите на наставниците како основа за реализација на инклузивната практика. Проектот беше основа за промовирање

на инклузивната практика и создавање Македонски инклузивен модел на образование (Јачова и др., 2002)³⁵.

Инклузијата на децата со посебни потреби во рамките на редовните училишта е дел од големото светско движење за човекови права кое се залага за целосна инклузија на луѓето со попреченост во сите аспекти на животот. Концептот на инклузивното образование доживува прифаќање во светски рамки во голем дел поради сè поголемата вклученост во рамките на стратегиските документи на голем број светски организации. Стандардите на современиот процес на инклузија се инкорпорирани во рамките на Конвенцијата на ОН за правата на детето (1989), Стандардните правила за еднакви можности на лицата со пореченост (1993), како и извештајот на УНЕСКО за едукација на децата со посебни потреби (Изјавата од Саламанка). Сите укажуваат на загарантираното право за еднаква едукација без дискриминација во рамките на редовниот образовен систем. Иако идејата различно се спроведува во различни земји сепак универзалниот принцип на задоволување на човековите права и филозофијата на инклузија укажува дека овој принцип е предодреден да се одржи.

Во посебното образование, терминот инклузивно образование се употребува со цел да ја означи филозофијата на едукација која промовира едукација на сите деца во редовните училишта. Центарот за студии на инклузивното образование ги наведува принципите на оваа филозофија, и тоа:

- сите деца имаат право да учат и да играат заедно;
- децата не треба да се потценуваат или да бидат дискриминирани преку ексклудирање поради нивната попреченост;
- не постојат оправдани причини за одвојување на децата во текот на процесот на школување. Тие припаѓаат едно на друго многу повеќе отколку што треба да се штитат едно од друго.

Сепак, постои јаз помеѓу она што означува заснована стратегија и нејзина имплементација.

Иницијално во образовните кругови идејата за инклузија на децата со посебни потреби во редовните училишта се појавува во Северна Америка во

³⁵ Јачова, З., Самарџиска-Панова, Љ., Лешковски, И., Ивановска, М., 2002. *Инклузија на децата со посебни потреби во редовните училишта во Република Македонија*. Скопје: Графохартија.

средина на 80-тите години на минатиот век кога одредени канадски провинции започнале со развој и воведување на програми кои биле фокусирани на вклучување на децата со посебни потреби во редовната училишна средина (Florian, 1998)³⁶.

Луис (Lewis, 1995) цитиран во Флориан (Florian, 1998), наведува две причини за потребата од промени и рафинирање на идеите за интеграција во Велика Британија. Една од причините е дека со тек на времето терминот интеграција станал премногу сурово определен како сместување без да се води грижа за квалитетот на тоа згрижување. Втората и многу покомплексна причина е во врска со критиката на концептот за нормализација кој имал клучно влијание врз стратегиите за интеграција на светско ниво. Процесот на интеграција се означувал како физички, социјален или функционален. Овие термини се однесувале на интегративните процеси каде имало само делење – обезбедување редовно и посебно образование на исто место (физичка интеграција), заедничко спроведување на слободните активности (социјална интеграција) и заедничко присуство на одредени образовни активности (функционална интеграција). Притоа задачата на интеграцијата се однесувала на процесот на планирање на начините за вклучување во редовната средина или како да се стане „ист со другите“. Ова е всушност основата на концептот на нормализација. Нормализацијата се сфаќа како обезбедување на достапност на сите лица со попреченост, нудење животни шеми и услови во секојдневното живеење кои се блиску до или се исти како и тие во редовните услови и начини на живеење во заедницата. Долг временски период се верувало дека концептот на нормализација може да биде остварен преку процесот на интеграција. Проблемот бил во тоа што во интеграцијата, кој по природа е процес на собирање на почетокот, се тргнало од претпоставката дека исклучувањето на луѓето со попреченост од секојдневниот живот е прифатлива категорија. Концептот на нормализација имал клучно влијание во посебното образование, но секако не бил заштитен од критика. Критиката го вклучува тврдењето за „негирање на различноста“ и го

³⁶ Florian, L., 1998. Inclusive practice, What, why and how? C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds. 1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p. 13-26.

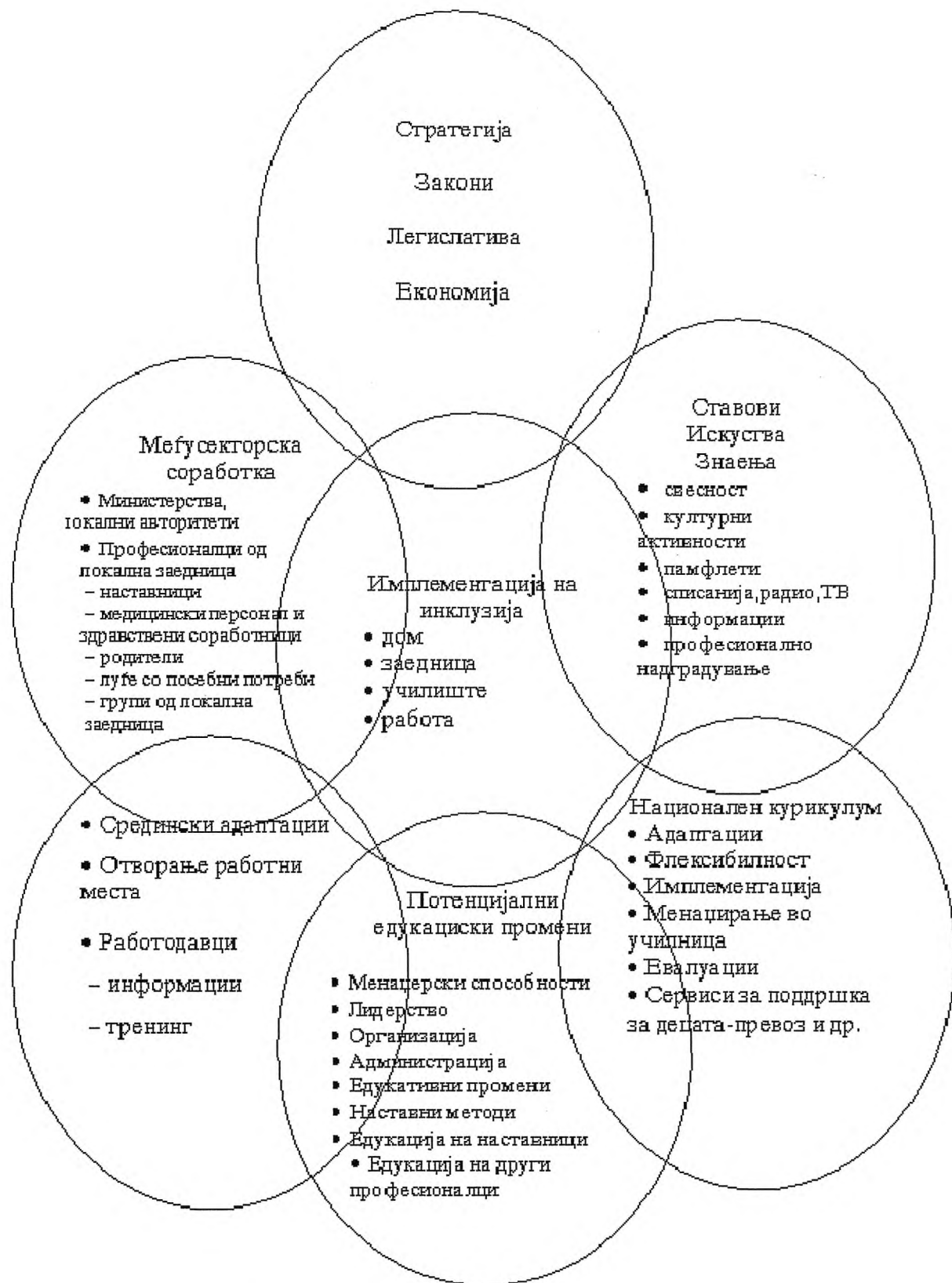
поставува пашањето дали ваквиот концепт всушност самиот по себе не доведува до девалвирање на луѓето кои се различни.

Зборот инклузија означува историја на ексклузија којашто општеството треба да ја надмине. Надминувањето на историјата на ексклузија бара фундаментални промени на сфаќањата во врска со секојдневните животни шеми и услови. Задачата на инклузијата е да ги рedefинира истите со цел луѓето со попреченост да се вреднуваат за она што се и покрај постоењето разлики (Florian, 1998)³⁷.

Сепак, движењето за инклузивно образование нема да ја промени нагласената компонента во реалноста на едукативниот систем кој не е во можност или нема капацитети за да излезе во пресрет на потребите на секое дете индивидуално. Потребно е посебното образование да претрпи одредни промени како социјална конструкција. Тоа е процес на промена кој е долготраен, а во меѓувреме професионалците кои работат со децата со посебни потреби ќе мора да се задоволат со сознанието дека се создаваат услови за спроведување на филозофијата на инклузивното образование во редовната училница. Истражувањата укажуваат дека под вистински услови иако е тешко, постои можност за позитивен исход при спроведувањето на процесот на промени.

Со цел имплементација на инклузијата важни се следните фактори:

³⁷ Florian, L., 1998. Inclusive practice, What, why and how? C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds. 1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p.13-26.



Потребно е време за имплементација

Потребно е време за иновација и истражување и промени

Потребно е време за континуирана евалуација и самонабљудување

Слика 5. Имплементација на инклузија (Donath Skjorten, 2001)³⁸

Имплементацијата е високозависна од ставовите, знаењата, флексибилноста и креативните можности и потенцијали за решавање на проблеми и децентрализација на процесот на донесување одлуки, движејќи се надолу до секој наставник, родител и дете (Donath Skjorten, 2001)³⁹.

За промена е потребно време. Затоа на почеток е потребно да се постават приоритетите кои ќе бидат јојдовна точка во подигнување на организационото и интерперсонално ниво на заедничкото работење.

„Заедничкото работење е успешно кога сите влечат на една страна“

3. Иновација – зошто и што

Дефинирањето на проблемот е основата на која се базира истражувачката дејност во одредена област. Од голема важност е објаснувањето на она што треба да се менаџира или областа каде треба да се интервенира. Во текот на посредувањето важно е испраќачот и примачот на основната порака да имаат заедничка почетна точка. За таа цел иновацијата ја дефинираме како планирана промена, која е насочена кон подобрување на практиката.

Клучниот аспект во иновацијата е промената. Промените може да бидат имплементирани на сите нивоа и во сите сектори на полето на интерес. Промените може да бидат случајни или несистематски, но за да се наречат иновации, промените мора да вклучуваат свесност и одраз од реалноста. Откога ќе се утврди свесно потребата за промени во реалноста т.е практиката на сцена доаѓа планирањето. Планирањето се однесува на постоењето точно утврдена потреба за промена, т.е зошто и како. Потребно е да постои јасно утврдена цел за тоа што би требало да се направи во иднина. Ова сепак не значи дека постои

³⁸ Donath Skjorten, M., 2001. Towards Inclusion and Enrichment. B. H. Johnsen, D. M. Skjorten, eds. 2001. *Towards Inclusion Book no 1 Education-Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag, p.p. 23-48.

³⁹ *Ibid*, 23-48..

апсолутна потреба однапред да се планира секој чекор во процесот на промена. Би било многу тешко ова барање да се исполни.

Иновацијата ја дефиниравме како планирана промена. Сепак, за промената да има причина зошто се случува треба да се стави во релација со нешто – и тоа да биде нешто што ќе биде подобро отколку што било претходно. Иновациите според тоа се однесуваат на планираните промени кои се насочени кон подобрување.

Друг елемент кој е вклучен во дефинирањето е практиката. Практиката претставува многу важен дел од процесот на промени. Транзицијата од идеја или план во реалноста, од посакувано решение до спроведено решение е многу тежок процес. Со други зборови претворањето на идеите во реалност е комплициран процес за кој е потребно многу време. Многу обиди за иновација пропаѓаат кога ќе треба да се имплементираат во реалноста. Значи, целта е иновацијата да има практични последици кои ќе се одржат одредено време. Добрите идеи не се доволни и не даваат сигурност дека промените реално ќе се случат.

Поимот иновација во литературата најчесто се употребува за да се опишат промени и подобрувања во организациите и системите. Зборот многу ретко се користи во релација со индивидуи. Дефиницијата на иновацијата како планирана промена која е насочена кон подобрување на практиката бара воспоставување одредени проблематични релации. Првото прашање кое се поставува е: Подобрување за кого? Голем број иновативни промени ќе доведат до подобрување за некого, ќе бидат ирелевантни за други, а за трета група промената може да доведе до влошување на ситуацијата. Сето ова мора да се земе предвид од оние што ги спроведуваат иновациите.

3.1 Асистивна технологија

Едно од прашањата кои будат интерес во рамките на современите модели на рана интервенција е и употребата на асистивната технологија (Weintraub et al., 2004)⁴⁰.

Асистивната технологија се однесува на определени направи или механички помошни средства кои ја заменуваат или ја подобруваат функцијата на некоја физичка или ментална способност која е нарушена. Во асистивната технологија спаѓаат рачно изработени, купени, модифицирани или комерцијално достапни средства кои се употребуваат за да ѝ помогнат на една индивидуа да изведува одредена животна активност или да извршува некоја задача.

Терминот асистивна технологија опфаќа широк дијапазон на направи од пониска технологија (пр. држачи за пенкала, протези, стабилизатори на хартија) до направи од висока технологија (пр. компјутери, гласовни синтисајзери, браеви читачи). Асистивната технологија им помага на луѓето со посебни потреби во процесот на учење, работа и социјална интеракција (Parents, Let's Unite for Kids, 1997)⁴¹.

Обезбедувањето на услугите во врска со асистивната технологија низ различните дисциплини и во третманот и тренингот досега е многу малку истражувано поле. Лесар (Lesar, 1988) цитиран во Родители, да се обединиме за децата (Parents, Let's Unite for Kids, 1997), ги истражувал потребите од подготовка, грижите и постојните бариери на 62 професионалци кои работеле на процесот на рана интервенција со деца на возраст од три до пет години. Поголемиот број испитаници (68%) чувствувале дека не се подготвени за употреба на асистивна технологија во работата со малите деца. Голем број испитаници имале само мала подготовка во врска со користење одредени направи додека пак наобразба преку курсеви или работилници се утврдила во најмал процент кај испитаниците. Поголемиот број од испитаниците се одредиле себеси како почетници во врска со нивното знаење за користење асистивна технологија. Биле утврдени пет проблем области од страна на испитаниците вклучувајќи ги: недостатокот на

⁴⁰ Weintraub, H., Bacon, C., Wilcox, M., 2004. AT and Young Children: Confidence, Experience and Education of Early Intervention Providers. *Research Brief*, vol 1/2, Tots n Tech Research Institute [online] достапно на: <<http://tnt.asu.edu>> [посетено на 12 септември 2010].

⁴¹ Parents, Let's Unite for Kids (PLUK) in cooperation with The Federation for Children with Special Needs. 1997. Family Guide to Assistive Technology. [online] достапно на: <<http://www.pluk.org/AT1.html>> [посетено на 11 септември 2010].

тренинг и техничка поддршка на „лице место“ (on-site), достапноста и финансирањето на набавката на средствата, вклученоста на семејствата во процената и третманот, утврдување на потребата од асистивна технологија и одбирање средства кои може да се користат во раната интервенција како и константно обновување и обезбедување нови средства .

Постојат истражувања како Џаџ, 2002; Лангон, Малоун и Кинсли, 1999; Лонг, Хуанг, Вудбриџ, Вулвертон и Минкел, 2003; Стримел, 2000 (Judge, 2002; Langone, Malone и Kinsley, 1999; Long, Huang, Woodbridge, Woolverton и Minkel, 2003; Stremel, 2000) цитирани во Вајнтрауб и сор. (Weintraub et al., 2004)⁴², кои нудат информации во врска со видот на моделот, теоретските рамки при употребата на асистивната технологија и препораки за професионалците кои се вклучени директно во работа со употреба на асистивна технологија со малите деца. Не постојат студии кои би ја утврдиле состојбата на терен и би ги утврдиле способностите на професионалците кои работат во раноинтервентните модели во врска со користење асистивна технологија.

Голем број компензаторни методи вклучуваат употреба на адаптирана опрема или асистивна технологија. Технологијата постојано се развива и нуди разновидност и затоа е лесно адаптабилна на индивидуализираните потреби на детето.

Соодветната употреба на асистивната технологија вклучува темелна процена на активноста која треба да биде изведена, индивидуалните способности и срединските пречки и поддршка.

Улогата на асистивната технологија во работата со децата со посебни потреби не е само компензација на функцијата која развојно заостанува или не е присутна, туку и промовирање и поттикнување на целни развојни подрачја. Употребата на асистивна технологија го поттикнува развојот на комуникативните и социјалните способности и може да превенира појава на бихевиорални проблеми кои се карактеристични за децата кои имаат ограничени способности за комуникација. Затоа задачата на терапевтот е да избере

⁴² Weintraub, H., Bacon, C., Wilcox, M., 2004. AT and Young Children: Confidence, Experience and Education of Early Intervention Providers. *Research Brief*, vol 1/2, Tots n Tech Research Institute [online] достапно на: < <http://tnt.asu.edu> > [посетено на 12 септември 2010].

компензаторни методи кои ќе ја зголемат можноста на детето за целосно учество во одредени функционални активности и ќе поттикнуваат развој на способности кои се поврзани со одредени функционални области.

Апликацијата на асистивната технологија опфаќа едукација на родителите и на едукаторите. Оваа едукација се однесува на обука за употреба на асистивната технологија, како да се адаптира и приспособи и како да се одржува. Често е потребно да се врши консултација во текот на сиот процес на воведување на асистивната технологија, да се моделира секој чекор и да се остане достапен за поддршка на секому кому му е потребна во почетниот процес на имплементација.

Целиот мултидисциплинарен тим кој работи на развојната поддршка на детето треба континуирано да ги збогатува своите способности во однос на употребата на асистивната технологија со цел ефективна практична апликација во одредени развојни полиња и збогатување на развојниот исход од третманот.

Децата треба да се воведат во светот на технологијата и да станат свесни за поддршката која им ја нуди асистивната технологија. Иако компјутерската технологија ќе го олесни секојдневното живеење, ќе биде поддршка во однос на совладување на едукативните барања од средината, возрасните (родителите, едукаторите, терапевтите) се важна компонента бидејќи мора да бидат дел од ова искуство, да ги насочуваат и да ги водат децата, да вршат евалуација и супервизија на активностите и корисноста и вредноста на софтверската понуда (Schwartz, 1996)⁴³.

Новата технологија значајно го подобрува квалитетот на животот на лицата со посебни потреби. Компјутерите, асистивната технологија за зголемена мобилност, аугментативните комуникациски направи и технологијата за срединска контрола значајно ја зголемуваат функционалноста во сите аспекти на живеењето.

Во рамките на раната интервенција, терапевтите ги користат компјутерите како средство за едукација, за поддршка и развој на способностите кои се основа во процесот на учење. Терапевтот треба да го воведо компјутерот во третманот на децата со посебни потреби кои ќе имаат најголема придобивка од неговата употреба колку што е можно порано. Во текот на раната интервенција преку

⁴³ Schwartz, S., 1996. Computer Technology and Language Learning. S.Schwartz, J. E. Heller Miller, eds. 1996. *The New Language of Toys Teaching Communication Skills to Children with Special Needs A Guide for Parents and Teachers*. USA: Woodbine House, p.p. 239-246.

воведување во основите на употребата на компјутерите и асистивната технологија се стимулира развој на способности кои ќе ја олеснат употребата на овие средства во едукативната средина и понатаму во работната средина.

Бидејќи технологијата рапидно се менува, терапевтот мора да направи напор да остане во тек со иновациите. Преку читање соодветна литература и истражување во однос на технологијата достапна за децата, терапевтот може ефективно да им излезе во пресрет на потребите на децата со помош на достапната технологија и да ги подготви децата и нивните семејства да го искористат максимално нејзиниот капацитет.

Изборот и употребата на соодветна асистивна технологија за децата со посебни потреби бара ефективна тимска работа, вклучувајќи го и семејството во процесот на донесување одлуки и решавање проблеми. Потребно е да се почитува и развојното ниво на детето и неговите можности и способности, како и неговите ограничувања со цел асистивната технологија да влијае на подобрување на развојниот исход од спроведените интервенции (Swint, 2001)⁴⁴.

4. Релевантни истражувања

Релевантните истражувања кои се спроведуваат во светски рамки речиси педесетина години укажуваат на постоење квантитативни и квалитативни податоци за тоа дека раната интервенција ги зголемува развојните и образовните придобивки на детето, го подобрува функционирањето на семејството и обезбедува долготрајна корисност на општеството. Истражувањата покажале дека раната интервенција резултира со намалување на потребата од специјална едукација и други хабилитативни услуги подоцна во животот, поголема проодност во системот на образование, а во одредени случаи децата со посебни потреби воопшто не се разликувале од соучениците по спроведената долготрајна интервенција и третман.

Во светски рамки постојат истражувања поврзани со исплатливоста на раната интервенција поврзана со средствата потрошени за неа. Вуд (Wood, 1981)

⁴⁴ Swint, Y., 2001. Assistive technology: Computers and Augmentative Communication. J. Case-Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc, p.p. 571-605.

според Депарментот за образование на САД (U.S. Department of Education, 2000)⁴⁵, ги проценила кумулативните, тоталните трошоци издвоени од страна на службите за специјална едукација до 18-годишна возраст на деца кај кои интервенцијата започнала по: раѓањето, во втората година, во шестата година и во шестата година без премин во редовно училиште. Таа дошла до резултати кои упатуваат на помали вкупни трошоци во процесот на интервенција кој започнал по раѓањето. Трошоците се помали при порано започнатата интервенција поради ремедијацијата и превенцијата на развојните проблеми за кои ќе биле потребни посебни услуги подоцна во животот.

Постојат повеќе обиди за одредување на основните водечки линии на ефективната рана интервенција. Притоа се утврдило дека неколку фактори влијаат на зголемување на ефективноста на раната интервенција. Тие се однесуваат на: возраста на детето и времето на започнување на интервенцијата, вклученоста на родителите во процесот и интензитетот и структурираноста на програмскиот модел на интервенција.

Голем број студии укажуваат дека ефективноста на интервенцијата е поголема доколку рано се започне со неа. Со интервенција која е започната веднаш по раѓањето со поставување на дијагнозата за одредена попреченост или изложеност на висок ризик од појава на попреченост, развојните придобивки се поголеми, а се намалува и можноста за појава на поголеми развојни проблеми, наведено од Купер, 1981; Гарланд, Стоун, Свансон и Вудруф, 1979; Стреин, Јанг и Хоровиц, 1981 (Cooper, 1981; Garland, Stone, Swanson и Woodruff, 1979; Strain, Young и Horowitz, 1981) цитирано во Депарментот за образование на САД (U.S. Department of Education, 2000)⁴⁶.

Вклученоста на родителите во третманот на нивните деца е исто така од голема важност. Податоците укажуваат дека родителите на децата со посебни

⁴⁵ U.S.Department of Education. 2000. What Is Early Intervention? [online] достапно на: <<http://www.kidsource.com/kidsource/content/early.intervention.html>> [посетено на 15 август 2010].

⁴⁶ *Ibid.*[посетено на 15 август 2010]

потреби, вклучувајќи ги и тие на надарените деца имаат потреба од поддршка во справувањето со посебните потреби на нивното дете. Придобивките од интервенцијата во семејството се однесуваат на развој на способностите на родителите со цел спроведување на програмските цели од интервенцијата и во семејна средина како и влијание на редуцирање на стресниот фактор што ќе овозможи одржување на здраво семејство.

Структурираноста на програмските цели на интервентната стратегија се покажало дека е битен елемент за ефективноста на истата. Максимална корисност се утврдила од програмите кај кои:

- јасно се одредени целите во врска со однесувањето на детето и уделот на семејството во интервенцијата и каде се врши чест мониторинг на спроведувањето на истите,

- прецизно се утврдени задачите и активностите кои наставникот треба да ги спроведува во инклузивната средина,

- се врши анализа на поставените задачи во текот на интервенцијата,

- постојано се врши разгледување на податоците од процената на развојните способности на детето и реевалуација со цел модифицирање на стимулативната развојна поддршка и инструкции (U.S. Department of Education, 2000)⁴⁷.

⁴⁷ *Ibid.* [посетено на 15 август 2010]

II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Предмет на истражувањето

Предмет на ова истражување е анализа на сервисниот модел на рана интервенција кој се спроведува во Заводот за ментално здравје на деца и младинци и неговото значење и влијание како поддршка во процесот на инклузија

Предметот на ова истражување е определен од психолошки, од дефектолошки, од медицински и од социолошки аспект.

1.1. Клучни поими

Раната интервенциона стратегија е процес кој се потпира на тимската работа со детето кај кое се јавува некој развоен проблем.

Во овој процес се вклучени деца од предучилишна и од училишна возраст кај кои е утврдено постоење или ризик од појава на попречености и посебни потреби кои може да влијаат на нивниот развој.

Раната интервенција се спроведува преку *систем на служби* кои нудат услуги со цел на децата и на семејствата да им се помогне за полесно справување со ефектите од настанатата состојба.

Раната интервенција по природа може да биде *ремедијална и превентивна*. *Ремедијалната интервенција* се однесува на справување со веќе постојниот проблем, а *превентивната* на превенција на неговата појава. Интервенцијата може да биде фокусирана само на детето или пак на детето и семејството заедно.

Програмите за рана интервенција може да бидат централно ориентирани, семејно ориентирани, болнички ориентирани или комбинирани. Услугите во рамките на системот на рана интервенција се движат од идентификација (скрининзи) и координација со посебни служби за дијагностика и спроведување директни интервентно-развојни програми.

Постојат три основни причини за рано започнување на интервенцијата кај дете со посебни потреби, и тоа за да се стимулира детскиот развој, да се обезбеди помош и поддршка на семејството и да се зголемат социјалните придобивки од детето и семејството.

Службиите за спроведување на рано интервенционите стратегии имаат клучна улога во спроведувањето на интервенцијата кај децата со посебни потреби. Потребно е поставување јасни цели и принципи за да се дадат квалитетни услуги на децата со посебни потреби и на нивните семејства.

Навременото започнување на раната интервенција обезбедува поголеми општествени придобивки. Придобивките во детскиот развој и образовните способности, намалената зависност од социјалните институции, зголемената семејна способност за справување со постоењето и присуството на детето со посебни потреби овозможуваат поголеми економски и социјални бенефити.

Раната интервенција се однесува на индивидуи и на целни групи на луѓе кај кои постои повисок ризик за ран развој на одредени растројства и потешкотии. Целта на раната интервенција е спречување на прогресијата на симптомите и развој на растројство во раните фази на пројавувањето. Тоа е суштината на раната интервенција. Прашање е како таа да се одвива (O'Hanlon et al., 2000).⁴⁸

Предизвиците во спроведувањето на раната интервенција се однесуваат на потребата од организирање и функционирање на тимската работа, бидејќи се работи на соочување со посебните потреби на луѓето од повеќе аспекти.

Се работи за систем во кој постојат меѓусебни врски на *службиите, носителите (давачите) на услугиите и примачите на помош и поддршка* (децата и родителите). Овие релации се засновани на претходно одредени цели и принципи, но потребно е нивно постојано реevaluирање и утврдување на успешноста од спроведувањето со цел вклучување нови служби и провајдери за поддршка во некоја наредна развојна фаза.

Постојат *унидимензионални и мултидимензионални модели на рана интервенција*. Унидимензионалните модели ги третираат развојните проблеми од еден аспект кој е водечки во спроведувањето на постапката.

Мултидимензионалниот модел на рана интервенција во себе инкорпорира постапки за дејствување врз менталното здравје на децата преку подобрување на развојното и социо-емоционалното функционирање користејќи ги капацитетите и на средината (семејството, пошироката средина – училишната

⁴⁸ O'Hanlon A., Kosky R., Graham M., Dundas P., Davis, C., 2000. Model Projects for Early Intervention in the Mental Health of Young People, Reorientation of Services. Project of Auseinet The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People. [online] достапно на: <http://auseinet.flinders.edu.au> [посетено на 10 февруари 2011].

средина во прв ред) како и на другите социјални капацитети со кои се гради партнерски однос во процесот на интервенција. Ваквата стратегија се заснова на сознанијата за развојните можности на децата, збогатени од клиничка перспектива и претставува поддршка во инклузивниот процес на децата во пошироката средина.

Во *семејно поврзаниите модели*, семејствата се гледаат како помошници на професионалците во кои тие имаат потполна доверба во однос на спроведување на интервенциите кои се однапред одредени во процесот на процена, во врска со подобрување на развојниот исход на детето со посебни потреби.

Трансдисциплинарниот модел на тимска интеракција се применува во системите во коишто е потребно високо ниво на флексибилност и во коишто семејството е центар кон кој се насочуваат сите услуги. Трансдисциплинарниот модел се базира на претпоставката дека поголема кохерентност се постигнува кога семејството остварува интеракција со еден професионалец. Членовите на тимот работат заедно на евалуација на потребите на детето и дизајнирање на програмата за работа која се спроведува од еден член на тимот. Членот на тимот кој ја спроведува програмата се консултира со другите членови на тимот во врска со одредени прашања од страна на родителите, за реевалуација и за дизајнирање на стратегии за интервенција.

Инклузијата не претставува интеграција (преместување и вклучување во редовни услови) и не означува асимилација или акомодација на индивидуата во рамките на социо-економските услови и релации во општеството, во тој контекст инклузијата ги реконструира редовните услови на живеење на начин на кој се креираат можностите за потполна партиципација, припаѓање и социјална интеракција (Јачова и сор., 2002).⁴⁹

2. Цел и карактер на истражувањето

Целта на ова истражување е да се изврши анализа на сервисниот модел на рана интервенција како основа за помош и поддршка во процесот на инклузија.

⁴⁹ Јачова, З., Самарциска-Панова, Љ. Лешковски, И., Ивановска, М., 2002. *Инклузија на децата со посебни потреби во редовните училишта во Република Македонија*. Скопје: Графохартија.

Истражувањето ќе биде квантитативно, дескриптивно-евалуативно, интердисциплинарно.

3. Задачи на истражувањето

Во согласност со поставената цел се конкретизираат следниве задачи:

1. Да се утврди поставеноста и видот на сервисниот модел на рана интервенција кој се применува во Заводот за ментално здравје на деца и младинци.
2. Да се утврди кога најрано кај децата се детектира постоењето одреден развоен проблем.
3. Да се утврди каде најчесто се случува детекцијата на развојните проблеми кај децата (во установата, во градинка, во училиште).
4. Да се утврди кога најрано детето се вклучува во интервентната стратегија.
5. Да се утврди улогата на дефектологот во детекција, дијагностика, следење и третман на децата во рамките на моделот за рана интервенција.
6. Да се утврди дали процесот на рана интервенција и соработката со другите сервисни служби за рана интервенција се структурирани и функционираат во законски рамки.
7. Да се утврди дали постои организирана мрежна соработка со другите служби за рана интервенција и инклузија.
8. Да се утврди постоењето активен пристап и партнерска улога на родителите во спроведувањето на раноинтервентната постапка.
9. Да се утврди дали постои примена на асистивна технологија во процесот на рана интервенција.
10. Да се утврди постоењето потреби од реорганизирање одредени сегменти од стратегијата за рана интервенција и инклузија, а во врска со целокупните општествени потреби и промени.

4. Хипотези

Поаѓајќи од предметот и целта на истражувањето се формулира следната општа хипотеза:

X0: Претпоставуваме дека се работи за мултидимензионален, семејно-поврзан модел на рана интервенција каде што во тимската работа се применува трансдисциплинарниот модел на интеракција, со прецизно дефинирани цели и принципи и така организиран претставува поддршка во процесот на инклузија.

Согласно поставените задачи на истражувањето се формулираат следните посебни хипотези:

X1: Претпоставуваме дека развојните проблеми најрано се детектираат во развојниот период до третата година.

X2: Претпоставуваме дека детекцијата на развојните проблеми најчесто се случува во нашата установа.

X3: Претпоставуваме дека најмалата возраст на која детето се вклучува на третман е во возрасниот период од две до три години.

X4: Претпоставуваме дека дефектологот има значајна улога во процесот на рана интервенција и тоа во сите фази (превенција, детекција, дијагностика, следење и третман).

X5: Претпоставуваме дека не постои законска рамка со која се регулира процесот на рана интервенција, и соработката помеѓу сервисните служби за рана интервенција.

X6: Претпоставуваме дека постои организирана мрежна меѓуинституционална соработка во врска со посебните потреби на детето и неговото семејство во рамките на системот за рана интервенција и инклузија.

X7: Претпоставуваме дека постои изграден партнерски однос и утврдена активна улога на родителите во спроведувањето на раноинтервентната постапка.

X8. Претпоставуваме дека постои делумна примена на асистивна технологија во процесот на процена и третман во рамките на моделот на рана интервенција.

X9: Претпоставуваме дека постојат јасно дефинирани потреби од промени во одредени сегменти на моделот на рана интервенција и инклузија земајќи ги предвид точно одредените стратегиски принципи за соодветна распределба на улогите и на активностите меѓу професионалците од службите и корисниците на услуги, за добра организираност и управување со системот, за евалуација на резултатите од третманот и ефективноста на применетите постапки, во врска со постоењето култура за постојано усовршување, поголема мотивација на професионалците, востановување популациски базирана поддршка и јакнење на капацитетите со цел ефективна интервенција

5. Варијабли на истражувањето

5.1. Зависна варијабла

– моделот на рана интервенција

5.2. Независни варијабли

- организација,
- структура,
- тимска работа,
- мрежна соработка со другите сервисните служби,
- соработка со инклузивни тимови од градинки и од училишта,
- партнерски однос и соработка со родители.

6. Примерок на истражувањето

Во истражувањето е користен пригоден примерок на испитаници којшто се состои од децата со посебни потреби кои се третираат во Заводот за ментално здравје, родителите на децата кои се на третман, воспитувачите од три редовни градинки, наставниците од одделенска настава од две редовни училишта и професионалците од стручниот тим на Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“.

7. Методи, техники и инструменти на истражувањето

7.1 Методи

Во ова истражување ќе биде користен дескриптивниот и клинички метод.

7.2 Техники

Ќе бидат применети техниките на:

- анализа на документација,
- анкетирање,

Со анализа на документација ќе добиеме податоци за одредени параметри кои се значајни за истражувањето – броеви на картони (досие), лични податоци на испитаниците, година на прием, траење на третман, континуираност на третман, времетраење на третманот, организација и структура на тимската работа во процесот на детекција, дијагностика, следење на децата во установата Завод за ментално здравје на деца и младинци.

Од наодите на различните профили (лекар – психијатар или педијатар, психолог, дефектолог, логопед, педагог, социјален работник) од тимската обработка ќе се добие слика за целокупното функционирање на детето.

7.3 Инструменти

– Анкетен лист специјално подготвен за потребите на истражувањето со кој ќе дојдеме до податоци од професионалците од различни области од Заводот за ментално здравје за потребите и приоритетите од промени во моделот на рана интервенција кој се спроведува во установата.

– Анкетен лист за родителите на децата корисници на услугите на моделот на рана интервенција инклучирани во редовна средина.

– Анкетен лист за воспитувачите од градинките, наставниците од прво одделение (одделенска настава) од училиштата и од стручните служби (тимови за инклузија) од воспитнообразовните установи каде што се инклучирани децата со посебни потреби кои се корисници на услуги на моделот на рана интервенција кој се спроведува во Заводот за ментално здравје.

8. Место и време на истражување

Во првата фаза истражувањето го спроведовме во Заводот за ментално здравје на деца и младинци во Скопје. Со цел да собереме податоци од воспитно-образовниот кадар од градинките и училиштата анкетањето го спроведовме во две градинки и тоа: ЈУДГО „Мајски цвет“ и ЈУДГОЦ „Кочо Рацин“ и две училишта: ОУ „Димо Хаџи Димов“ и ОУ „Горѓија Пулески“ во Скопје.

Истражувањето беше спроведено во период од февруари до јуни 2010 година.

9. Анализа и интерпретација на податоците

Со податоците добиени со примената на анализата на документација се утврди точноста на поставените хипотези.

Податоците добиени од анкетниот лист се обработени со сигнирање и класирање на податоците во групи, табелирање и квантитативна и квалитативна обработка. Податоците се обработени преку пресметување фреквенција и релативен однос. Разликите меѓу дефинираните варијабли се анализирани со Пирсонов (Pearson) X^2 тест во табели на контингенција и Фишеров тест (Fisher exact test), преку користење на статистичкиот пакет SPSS IBM 20 за Windows, а како значајни беа земени разликите при ниво на значајност $p < 0.05$. За графичко прикажување на разликите меѓу групите се користеше компјутерска програма Microsoft Office Excel 2007.

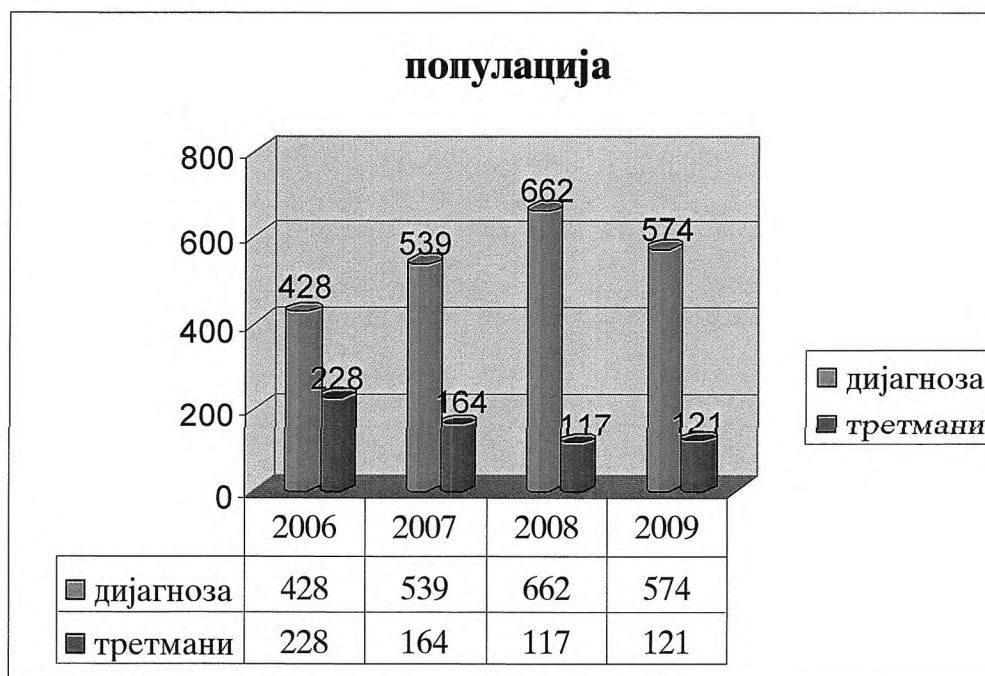
III. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ПОДАТОЦИТЕ

1. Популација и примерок

Популацијата во истражувањето се однесува на корисниците на услуги во службата Завод за ментално здравје на деца и младинци во Скопје. Популацијата опфаќа деца кои се во развојниот период на раното детство и предучилишна возраст кои се дијагностицирани во Заводот за ментално здравје.

Табела 1. Популација во истражувањето

| Година | | | | | | | |
|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
| Првична дијагноза | Третмани | Првична дијагноза | Третмани | Првична дијагноза | Третмани | Првична дијагноза | Третмани |
| 428 | 228 | 539 | 164 | 662 | 117 | 574 | 121 |



Слика 6. Популација во истражувањето во период од 2006 до 2009 година

На Слика 6 е претставена популацијата на деца во развојниот период на раното детство и на предучилишната возраст кои се дијагностицирани во Заводот за ментално здравје во периодот од 2006 до 2009 година.

Во 2006 година дијагностицирани се 428 деца со развојни дијагнози во раното детство и предучилишниот период, а од нив 228 деца се опфатени со ран третман во Заводот.

Во 2007 година дијагностицирани се 539 деца, а од нив 164 се опфатени со ран третман во Заводот.

Во 2008 година дијагностицирани се 662 деца, а 117 се опфатени со ран третман во Заводот.

Во 2009 година дијагностицирани се 574 деца, а 121 дете е опфатено со ран третман во Заводот за ментално здравје.

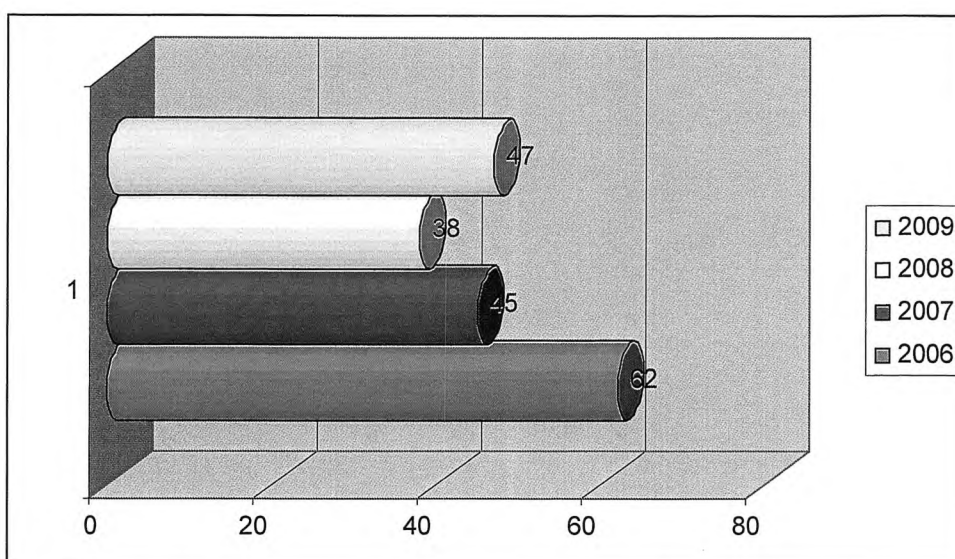
Табела број 2. Популација на корисници на услуги во Завод за ментално здравје по развојни дијагнози и закажан третман во период од 2006 до 2009 година

| Дијагноза | Година | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-----|----------|------|-----|----------|------|-----|----------|------|-----|----------|
| | 2006 | | Трет-ман | 2007 | | Трет-ман | 2008 | | Трет-ман | 2009 | | Трет-ман |
| | М | Ж | | М | Ж | | М | Ж | | М | Ж | |
| Забавен говорен јазичен и психомоторен развој | 53 | 25 | 50 | 103 | 51 | 51 | 101 | 46 | 29 | 78 | 29 | 25 |
| Дисхармоничен развој | 16 | 10 | 25 | 33 | 23 | 20 | 20 | 4 | 12 | 19 | 10 | 9 |
| Епилепсија | 13 | 6 | 19 | 5 | 11 | 0 | 9 | 6 | 2 | 7 | 11 | 2 |
| Аутизам | 12 | 4 | 16 | 12 | 2 | 7 | 9 | 4 | 5 | 6 | 3 | 9 |
| Едукативна запоставеност, социјална анксиозност | 4 | 2 | 2 | 2 | 6 | 1 | 11 | 3 | 1 | 5 | 4 | 2 |
| Хиперкинетско однесување | 11 | 2 | 10 | 7 | 0 | 4 | 19 | 2 | 7 | 4 | 2 | 2 |
| Нарушено поведење | 1 | 0 | 1 | 7 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 | 2 | 9 |
| Нарушен ритам на говор | 32 | 20 | 27 | 27 | 7 | 11 | 25 | 18 | 8 | 39 | 26 | 12 |
| Психомоторен тик | 6 | 4 | 5 | 17 | 5 | 5 | 10 | 2 | 2 | 6 | 3 | 2 |
| Психосоцијална и емоционална незрелост | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 6 | 4 | 10 | 10 | 1 |
| Растројство во емоции и поведење | 17 | 7 | 4 | 19 | 14 | 6 | 43 | 17 | 1 | 30 | 15 | 2 |
| Емоционални проблеми | 30 | 35 | 16 | 38 | 37 | 6 | 80 | 70 | 9 | 62 | 60 | 10 |
| Растројство карактеризирано со противење и пркос | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Дислалија, емоционални проблеми | 27 | 18 | 19 | 21 | 25 | 24 | 35 | 33 | 12 | 28 | 19 | 15 |
| Развојна дизгнозија | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Енкомпреза | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| Диспраксија | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Граничен случај интелектуално | 28 | 11 | 9 | 36 | 8 | 3 | 30 | 16 | 3 | 21 | 17 | 3 |
| Депресивни манифестации | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 | 8 | 5 | 2 |
| Нарколепсија | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сепарациона анксиозност | 4 | 9 | 10 | 6 | 6 | 10 | 8 | 8 | 10 | 4 | 10 | 6 |
| Развојна дисфазија | 4 | 2 | 6 | 3 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 |
| Мутизам (селективен, елективен) | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Ретов синдром | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Вкупно | 266 | 162 | 228 | 340 | 199 | 164 | 422 | 240 | 117 | 343 | 231 | 121 |
| | 428 | | | 539 | | | 662 | | | 574 | | |

Примерокот се состои од деца кои се корисници на услугите и се на третман во дневната болница во Заводот во период од 2006-2009.

Табела број 3. Примерок

| Пол | Година | | | | χ^2 | df | p |
|--------|--------|------|------|------|----------|----|-------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | | | |
| Машко | 46 | 36 | 36 | 38 | 41,6 | 1 | 0.000 |
| Женско | 16 | 9 | 2 | 9 | | | |
| Вкупно | 62 | 45 | 38 | 47 | | | |
| | 192 | | | | | | |



Слика број 7. Примерок на испитаници (период 2006-2009)

Во 2006 во рамките на дневната болница на Заводот за ментално здравје корисници на услугите за ран третман биле 62 деца, во 2007 година 45 деца, во 2008 година 38 деца и во 2009 година 47 деца.

Резултатите од χ^2 тестот во однос на половата застапеност на децата со развојни проблеми во примерокот, укажуваат на силна статистички значајна застапеност на машките во однос на женските деца (вредноста на $p=0,000$).

Примерокот од деца кои се третираат во рамките на дневната болница од заводот ги распоредивме според развојните работни дијагнози добиени со анализа на податоците од здравствените досиеја.

Табела број 4. Примерок на испитаници по развојни дијагнози од 2006 до 2009 година

| Дијагноза | Година | | | | | | | |
|--|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
| | машко | женско | машко | женско | машко | женско | машко | женско |
| Забавен говорен јазичен и психомоторен развој | 5 | 3 | 10 | 0 | 10 | 1 | 13 | 1 |
| Дисхармоничен развој | 7 | 2 | 6 | 0 | 4 | 0 | 5 | 1 |
| Епилепсија | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Аутизам | 12 | 4 | 4 | 0 | 3 | 1 | 6 | 3 |
| Едукативна запоставеност, социјална анксиозност | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Хиперкинетско однесување | 2 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Нарушено поведение | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Нарушен ритам на говор | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Психомоторен тик | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Психосоцијална и емоционална незрелост | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| Растројство во емоции и поведение | 4 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Емоционални проблеми | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Растројство карактеризирано со противење и пркос | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Дислалија, емоционални проблеми | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Развојна дизгнозија | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Енкомпреза | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 |
| Диспраксија | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Граничен случај интелектуално | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Депресивни манифестации | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Нарколепсија | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сепарациона анксиозност | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| Развојна дисфазија | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Мутизам (селективен, елективен) | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ретов синдром | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Вкупно | 46 | 16 | 36 | 9 | 36 | 2 | 38 | 9 |
| | 62 | | 45 | | 38 | | 47 | |

Анкетирањето го спроведовме на примерок од родители, на едукативниот кадар и на стручните служби од две градинки и две училишта, и на професионалците од различни области од стручниот тим на Заводот за ментално здравје.

Примерокот на родители се состои од 36 родители на деца со развојни проблеми кои се на ран третман во дневната болница од Заводот.

Анкетата ја спроведовме и во две предучилишни установи и тоа: ЈУДГО „Мајски цвет“ – Скопје на примерок од 18 воспитувачи и еден психолог и ЈУДГОЦ „Кочо Рацин“ – Скопје на примерок од 17 воспитувачи и еден педагог и во две училишта: ОУ „Димо Хаџи Димов“ – Скопје на примерок од 18 наставници од одделенска настава и еден педагог и ОУ „Ѓорѓија Пулески“ – Скопје на примерок од 18 наставници од одделенска настава и еден психолог.

Примерокот од стручниот тим од Заводот се состои од 20 професионалци од различни области кои го спроведуваат процесот на рана интервенција и тоа пет дефектолози, три психолози, четири лекари специјалисти психијатри, три лекари специјалисти педијатри, два педагога, еден логопед, еден социјален работник и еден биолог.

Анализата на примерокот ја претставуваме табеларно и графички.

Табела број 5. Анализа на примерок

| Анализа на примерок | |
|------------------------|------------|
| Родители | 36 (27%) |
| Градинки | 37 (29%) |
| Училишта | 38 (29%) |
| Стручен тим од Заводот | 20 (15%) |
| Вкупно | 131 (100%) |



Слика број 7. Анализа на примерок во истражувањето

2. **Анализа на моделот на рана интервенција**

Претпоставуваме дека се работи за мултидимензионален, семејно поврзан модел на рана интервенција каде во тимската работа се применува трансдисциплинарниот модел на интеракција, со прецизно дефинирани цели и принципи и така организиран претставува поддршка во процесот на инклузија.

Во оваа фаза на истражувањето извршивме анализа на медицинската документација, амбулантските дневници и досиејата на децата со развојни проблеми кои се на третман во установата, како и на одредени публикации на Заводот за ментално здравје и законски и подзаконски акти кои детерминираат одредени аспекти од стручната дејност на Заводот.



Слика 8. Завод за ментално здравје

Стручниот тим на Заводот е поливалентен и нуди современа, високостручна превенција, детекција, рана интервенција, третман и следење на корисниците на услугите кои ги нуди службата.

Соработката помеѓу членовите на тимот е континуирана во текот на спроведување на раноинтервентната постапка со што се овозможува и позитивен ефект од истата.

Во системот за рана интервенција кој се спроведува во Заводот е застапен *мултидимензионалниот модел* на интервенција во којашто во предвид се земаат влијанијата на поголем број фактори врз развојот на детето. Во текот на подготовката и примената на интервентната програма се применуваат постапки со кои се дејствува врз менталното здравје на децата преку користење на

капацитетите на потесната и на пошироката средина. Во процесот за рана интервенција голема важност се придава на изградувањето партнерски однос со родителите на децата со развојни проблеми кои се примарни партнери на професионалците во спроведувањето на развојната поддршка. Затоа се работи со родителите на развивање доверба во професионалецот кој има одговорност во стимулирањето на развојот на нивното дете.

Во нашиот случај се работи за *семејно поврзан модел на рана интервенција* во којшто семејството се гледа како помошник на професионалецот, во кој имаат доверба во однос на спроведување на однапред одредените интервенции во процесот на процена во врска со подобрување на развојниот исход на детето со посебни потреби.

Во однос на тимската соработка во процесот се применува одредена *форма на трандисциплинарниот модел на тимска интеракција* во којшто постои флексибилност, а услугите на сервисната служба за рана интервенција се насочуваат кон семејството. Членовите на тимот работат заедно во процесот на процена на развојните можности и одредувањето на развојните линии кои треба да бидат основа на интервентниот процес, а програмските содржини се спроведуваат од еден член на тимот кој има водечка улога во третманот. Членот на тимот кој ја спроведува програмата се консултира со другите членови на тимот во врска со одредени прашања од страна на родителите, за реevaluација и за дизајнирање на стратегии за интервенција.

За поволни резултати и за успешно надминување на проблемите, како и за превенирање на другите психопатолошки промени на личноста и во однесувањето, неопходна е добра соработка меѓу сите институции на системот кои се инволвирани во заштитата и унапредувањето на здравјето и грижата за детето воопшто.

Заводот за ментално здравје остварува соработка со други служби кои имаат улога во процесот на рана интервенција како развојните советуваљишта во Скопје и во Битола, Клиника за педијатрија, но и со центрите за социјална работа, со предучилишните и училишните организации, со дневните центри и со невладините организации. Сепак, соработката не е поставена во законски рамки и се воспоставува по потреба во системот на рана интервенција, парцијално и индивидуално. Постои потреба од законски акти кои би ја дефинирале меѓуинституционалната соработка, но и акти кои би ги дефинирале принципите на пазарното работење и начините за рефундирање на услугите кои ги нуди

службата што би требало да се одреди на централно ниво со регулација на соработката и размената на услугите помеѓу министерствата за здравство, труд и социјала и образование.

3. Детекција на развојни проблеми

Претпоставуваме дека развојните проблеми најчесто се детектираат во развојниот период до третата година.

Раната интервенција се однесува на најкритичниот период од детскиот развој од раѓањето до третатата година од животот на детето. Интервенциите се однесуваат на програмските содржини кои се дизајнирани за поттикнување на детскиот развој во природна средина и како член на семејството.

Во нашиот труд, а во врска со поставеноста на системот на рана интервенција, програмските содржини се продлабочуваат и се пренесуваат и на возрасната група од пет до шест години т.е. раната детска и предучилишна возраст.

Преку анализа на документацијата и на здравствените досиеја во кои се наоѓаат проценките кои се направени од страна на членови од стручниот тим, во кој се вклучени различни профили во зависност од развојниот проблем на детето, доаѓаме до резултатите за периодот во кој најрано се детектираат развојните проблеми. Извршена е анализа на документација на децата кои се на ран третман во дневната болница на заводот во период од 2006-2009 година.

Прегледот на резултатите го даваме во табелите и во сликите кои следуваат.

Табела број 6. Возраст на детекција во период од 2006-2009

| Возраст на детекција | Година | | | | | | | |
|----------------------|--------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| до 2 години | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2-3 години | 7 | 11 | 0 | 0 | 1 | 3 | 8 | 17 |
| 3-4 години | 16 | 26 | 6 | 13 | 5 | 13 | 6 | 13 |
| 4-5 години | 14 | 23 | 7 | 16 | 9 | 24 | 7 | 15 |
| 5-6 години | 13 | 21 | 18 | 40 | 11 | 29 | 17 | 36 |
| 6-7 години | 3 | 5 | 8 | 18 | 4 | 11 | 5 | 11 |
| 7-8 години | 2 | 3 | 5 | 11 | 6 | 16 | 4 | 9 |
| над 8 години | 5 | 8 | 1 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 |
| Вкупно | 62 | 100 | 45 | 100 | 38 | 100 | 47 | 100 |

Табела број 7. Возраст на детекција (збирна табела)

| Возраст на детекција | f | % | χ^2 | df | p |
|----------------------|-----|-----|----------|----|-------|
| до 2 години | 2 | 1 | 73,4 | 7 | 0.000 |
| 2-3 години | 16 | 8 | | | |
| 3-4 години | 33 | 17 | | | |
| 4-5 години | 37 | 19 | | | |
| 5-6 години | 59 | 31 | | | |
| 6-7 години | 20 | 10 | | | |
| 7-8 години | 17 | 9 | | | |
| над 8 години | 8 | 4 | | | |
| Вкупно | 192 | 100 | | | |

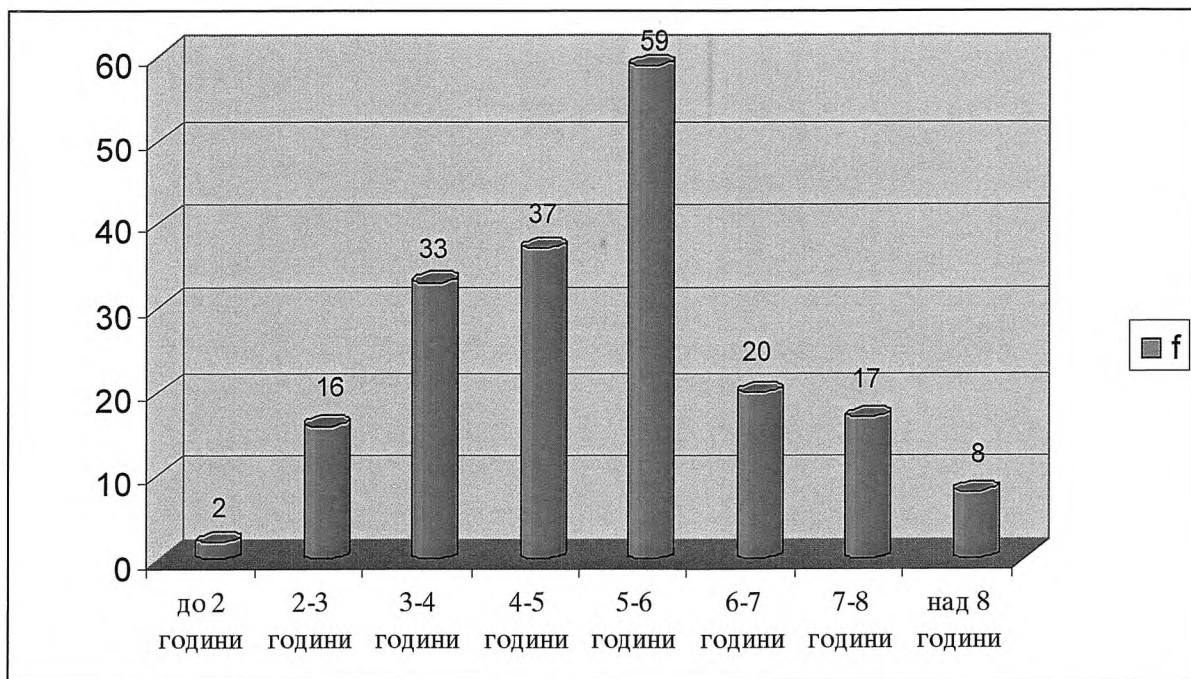
Од Табела број 7 може да утврдиме дека:

- кај 1% или два од 192 испитаници развојниот проблем е детектиран до двегодишна возраст;
- кај 8% или 16 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани на возраст од две до три години;

- кај 17% или 33 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани на возраст од три до четири години;
- кај 19% или 37 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани на четири до пет години;
- кај 31 % или 59 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани на возраст од пет до шест години;
- кај 10 % или 20 од 192 испитаници развојните проблеми се детектираат на шест до седум години;
- кај 9 % или 17 од 192 испитаници проблемите се детектираат во периодот помеѓу 7-та и 8-та година;
- кај 4% или осум од 192 испитаници проблемите се детектирани над осмата година.

Во последните две категории на возраст од седмата до осмата година и над осмата година се работи за деца чии развојни проблеми се детектираат по тргнувањето на училиште и со процесот на описменување и усвојување знаења. Најчесто кај децата се забележуваат тешкотии во процесот на описменување, побавно темпо на усвојување знаења, проблеми во однос на усвојување поим за број, математички операции, проблеми во однесување и накалемени емоционални проблеми како резултат на барањата од околината на кои детето не може да одговори. Во оваа група пет деца се од Домот за згрижување на деца без родителска грижа „11 октомври“ од Скопје кои доаѓаат од примарна ниска социјална средина каде биле воспитно и едукативно запустени што оставило длабоко влијание врз нивниот развој. Овие деца даваат слика на едукативна запоставеност, а се работи за деца над 8-годишна возраст кај кои развојното заостанување е големо и доколку не се вклучат на третман, најчесто прогностички завршуваат со интелектуална попреченост, проблеми во социјална адаптација и однесување и не се прифатени во пошироката социјална средина.

Добиените резултати се претставуваат графички.



Слика број 9. Возраст на детекција

Од досега презентираното заклучуваме дека најголем процент, поточно 59% од развојните проблеми во текот на четирите последователни години од 2006-2009 се детектираат на возраст од пет до шест години или во периодот пред тргнување на училиште со што не се потврдува нашата хипотеза дека развојните проблеми се детектираат во периодот до третата година.

4. Место на детекција на развојните проблеми

Претпоставуваме дека детекцијата на развојните проблеми најчесто се случува во нашата установа.

Со цел да ја докажеме точноста на нашата претпоставка, ги сумиравме резултатите за да ја утврдиме состојбата во однос на периодот 2006-2009 на кој се фокусираме во нашето истражување.

Табела број 8. Место каде што се врши детекција на развојните проблеми во период 2006-2009 година

| Место на детекција | f | % | χ^2 | df | p |
|---------------------------|-----|-----|----------|----|-------|
| Завод за ментално здравје | 106 | 55 | 66,4 | 3 | 0,000 |
| Градинка | 32 | 17 | | | |
| Училиште | 45 | 23 | | | |
| Други установи | 9 | 5 | | | |
| Вкупно | 192 | 100 | | | |

Од презентираниите резултати согледуваме дека:

- кај 55% или 106 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани во Заводот за ментално здравје;
- кај 23% или 45 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани во училиште;
- кај 17 % или 32 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани во градинка;
- кај 5% или 9 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани во други установи.

Во однос на последните наведени резултати на деца чии развојни проблеми се детектирани во други установи станува збор за детекција на три деца во Центарот за слух говор и глас, две деца во развојното советување при Здравствениот дом во Скопје и четири деца во Домот за згрижување на деца без родителска грижа „11 Октомври“ во Скопје.

Добиените резултати ќе ги претставиме графички.



Слика број 10. Место на детекција на развојните проблеми

Од досега презентираниот заклучуваме дека се потврдува нашата претпоставка дека детекцијата на развојните проблеми најчесто се случува во установата т.е. во Заводот за ментално здравје на деца и младинци. Разликата помеѓу добиените резултати е статистички значајна ($p=0,000$).

5. Возраст на започнување третман

Претпоставуваме дека најмалата возраст на која детето се вклучува на третман е во возрасниот период од две до три години.

Со цел утврдување на точноста на нашата претпоставка извршивме распоредување на податоците во одредени возрасни групи на започнување на третман во периодот 2006-2009 глобално.

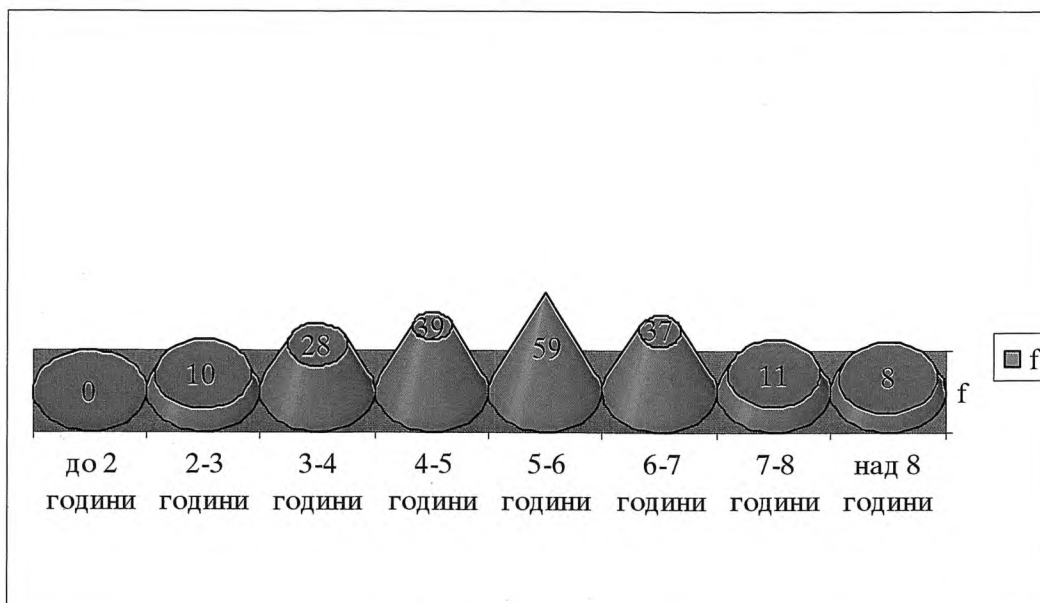
Табела број 9. Возраст на започнување на третман – период 2006-2009

| Возраст на започнување на третман | f | % | χ^2 | df | p |
|-----------------------------------|-----|-----|----------|----|-------|
| до 2 години | 0 | 0 | 60,0 | 6 | 0,000 |
| 2-3 години | 10 | 5 | | | |
| 3-4 години | 28 | 15 | | | |
| 4-5 години | 39 | 20 | | | |
| 5-6 години | 59 | 31 | | | |
| 6-7 години | 37 | 19 | | | |
| 7-8 години | 11 | 6 | | | |
| над 8 години | 8 | 4 | | | |
| Вкупно | 192 | 100 | | | |

Од резултатите во претходните табели заклучуваме дека:

- најмалата возраст на која започнал третманот кај 5% од примерокот на деца со развојни проблеми е на возраст од две до три години;
- кај 15% или 28 од 192 испитаници третманот започнал на возраст од три до четири години;
- кај 20% или 39 од 192 испитаници третманот започнал на возраст од четири до пет години;
- кај 31% или 59 деца третманот започнал на возраст од пет до шест години;
- кај 19% или 37 испитаници третманот започнал на возраст од шест до седум години;
- кај 6% или 11 од 192 испитаници третманот започнал на возраст од седум до осум години;
- кај 4% или 8 од 192 испитаници третманот започнал на возраст над осум години.

Добиените резултати се претставени графички.



Слика број 11. Возраст на започнување третман

Од досега презентираното заклучуваме дека се потврдува нашата претпоставка дека најраната возраст на започнување на раниот стимулативен третман е на возраст од две до три години. Разликата помеѓу добиените резултати е статистички значајна ($p=0,000$). Бидејќи овие податоци се во врска со претходните кои ја утврдуваа возраста на детекцијата на развојниот проблем, загрижува фактот што голем процент на развојни проблеми се откриваат доцна т.е. на поголема возраст, третманот подоцна започнува со што се губи драгоценото време за стимулирање на развојните способности во „критичниот“ период на детскиот развој кога пластичноста на централниот нервен систем е најголема и се постигнуваат поголеми ефекти од раната стимулација.

6. Улогата на дефектологот во службата за рана интервенција

Дефектологот во областа на дијагностичките можности и одредувањето на потенцијалите на личноста се јавува рамноправно со дијагностиката во медицината и процените во психологијата. Потребите да се одреди потенцијалот на личноста е во контекст на потребите за рехабилитација.

Дефектолошката обработка вклучува земање анамнеза, опсервација, дефектолошка процена. Во состав на дефектолошката дијагностика се врши процена на функциите со примена на дефектолошки тестови кои се базираат на невропсихолошката теорија, и тоа:

- процена на организираност на психомоторика,
- доминантна латерализираност,
- процена на организираност на праксија,
- гностичка организираност,
- практогностичка организираност,
- говор и комуникација,
- сознајни функции,
- однесување.

По добиените резултати од процената на можностите се врши тимска обработка и се изготвуваат третманско терапевтски програми.

Дефектологот го спроведува третманот, односно ги работи групните и индивидуалните третмани на децата со: забавен психомоторен и говорен развој, растројства во внимание и концентрација, нарушување во психомоториката (нарушена координација на движењата и визуомоторна перцепција, дете со тик, нарушен говорен ритам), диспраксични и дисгностички форми на дисхармоничен развој, особено во училишната возраст каде во соработка со училиштата работи на надминување на проблемите од овој вид и тоа: дислексија, дисграфија, дискалкулија и дисортографија, деца со гранични состојби на интелигенција и интелектуална попреченост, деца кои покажуваат промени во расположението и емоциите (хиперкинетско однесување, елективен мутизам, анксиозни состојби, сепарациони стравови). Работи со деца со рани психијатриски нарушувања, аутизам и рани детски психози.

Дефектологот применува реедукација на психомоториката, дефектолошки третман, работна окупациона терапија и релаксација, музикотерапија, стимулативен третман за развој на децата и психотерапија на децата по пат на моторен дијалог кој овозможува одреден вид примена на реедукација. Дефектологот ги реорганизира сите поединечни доживувања на телото во однос на себе самиот и просторот за детето да стане свесно за својата просторност и временост како основни координати на однесување и односи со другите.

Во согласност со потребите на пазарното општество и тековните реформи во системот на здравствена заштита дефектологот е неопходен во спроведувањето на медицинскиот дел на рехабилитацијата како носител на третманот.

Од обработката на анкетните листови се согледува и потребата од дефектологот и неговата улога во одредени сегменти од раната интервенција и инклузија.

Табела број 10. Преглед од анкетните листови за наставници и воспитувачи (потреба од помош при процена на способности)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 59 | 79 |
| Не | 6 | 8 |
| Делумно | 10 | 13 |
| Вкупно | 75 | 100 |

Табела број 11. Преглед од анкетните листови за наставници и воспитувачи (професионалец кој нуди најголема поддршка)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|------------------|-------------|---------|
| Дефектолог | 54 | 72 |
| Логопед | 8 | 11 |
| Педагог | 1 | 1 |
| Психолог | 6 | 8 |
| Колега-наставник | 5 | 7 |
| Лекар | 1 | 1 |
| Вкупно | 75 | 100 |

Наставниците и воспитнообразовниот кадар од предучилишните установи во 79% од случаите сметаат дека имаат потреба од помош при процената на способностите на децата со посебни потреби кои се инклучирани во нивните установи.

Во однос на прашањето кој професионалец би им понудил најголема помош и поддршка во процената на способностите на децата со посебни потреби со цел соодветен индивидуален пристап и задоволување на нивните потреби, 72% или 54 од 75 испитаници сметаат дека најголема поддршка би добиле од дефектолог, додека пак 11% или 8 од 75 испитаници сметаат дека логопедот би понудил најголема помош и поддршка.

Од презентираниите факти и податоци заклучуваме дека е јасно дефинирана улогата на дефектологот во системот на рана интервенција.

Дефектологот има значајна улога во сите аспекти на раната интервенција (превенција, детекција, дијагностика, следење и третман). Во системот кој е предмет на нашето истражување, особено во однос на раниот третман на децата со развојни проблеми дефектологот има водечка улога.

7. Законска рамка за регулирање на раната интервенција и меѓуинституционална соработка

Претпоставуваме дека не постои законска рамка со која се регулира процесот на рана интервенција и соработката помеѓу сервисните служби за рана интервенција.

Професионалците кои работат со децата со посебни потреби имаат потреба од поставување на нивната работа во законски рамки.

На потребата од донесување законска регулатива нè упатуваат и податоците добиени од анкетниот лист наменет за стручниот тим од Заводот за ментално здравје, во којшто на прашањето дали постои потреба од законска регулатива која би ја олеснила соработката со другите установи, а во однос на регулирање на обврските кон установата за понудените услуги (времетраење, начин на спроведување, цена на услуга), 100% или 20 од 20 испитаници даваат потврден одговор.

Табела број 12. Преглед на резултати од анкетен лист за стручните лица од сервисната служба (потреба од законска регулатива која би ја олеснила соработката со другите установи)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 20 | 100 |
| Не | 0 | 0 |
| Вкупно | 20 | 100 |

Поставувањето на работата во законски рамки се постигнува преку донесување легислатива која ги распределува улогите на провајдерите на услуги во одредени фази од поддршката на децата со посебни потреби. Во европски рамки легислативата за децата со посебни потреби во однос на структурирање на дејноста на едукативниот кадар се засновува на кодексот за практична дејност за

посебните едукативни потреби. Водечките линии за здравствените работници и социјалните служби се поставени во сервисните планови за децата, а за провајдерите на услуги во предучилишниот период во развојните планови за раната детска возраст.

Вака поставената легислатива ги поставува основите на превенцијата, раната детекција, раната стимулација и третман, ги одредува чекорите во процесот на едукација и инклузија, ја предвидува родителската партнерска улога со професионалците од различните делови на системот за поддршка, ја засновува мултидисциплинарната соработка и интерагенциските релации.

Легислативата дава структура во процесот на поддршка, со цел комуникација, соработка и координација на сите полиња и подобрување на практиката при задоволувањето на посебните потреби на децата.

По деталната обработка на законските акти, Законот за здравствена заштита (1997), Законот за социјална заштита (1997) кои регулираат одредени сегменти и услуги од здравствената и социјалната сфера заклучуваме дека во Република Македонија не постои законски акт кој ја структурира детално раната интервенција, проодноста во системот и меѓуинституционалната соработка. Со поединечни законски и подзаконски акти (Правилник за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот и психичкиот развој (2000))⁵⁰, се регулираат одредени аспекти на здравствената и на социјалната дејност и услугите кон корисниците, во зависност од попреченоста.

Законските акти од овој тип се однесуваат на одредувањето на видот и степенот на посебните потреби и ја одредуваат улогата на одредени установи во процената на истите и во однос на поддршката која треба да се понуди на корисниците со цел задоволување на нивните права во системот за социјална заштита.

Парцијалното решавање на проблематиката на раната интервенција влијае на исходот од интервенциите. Поради непостоење законска регулатива која целосно ќе ги утврди програмската, структурната, организациската и функционалната поставеност, се јавуваат голем број нерешени прашања на кои треба да се стави акцент и фокус со цел следење на современите текови и подобрување на интервенцискиот исход.

⁵⁰ Правилник за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или во психичкиот развој. 2000. *Службен весник на Република Македонија*, стр. 1776-Бр. 30.

Заклучуваме дека се потврдува нашата претпоставка за непостоење законски акти кои го регулираат процесот на рана интервенција.

Дел од аспектите кои бараат обработка и структурирање се однесуваат на:

- проодноста внатре во системот во службите за рана интервенција,
- организираната и обврзувачка соработка,
- структурата на интервенцискиот процес,
- програмирањето,
- планирањето,
- професионалната структура на интервентниот кадар,
- ресурсите на системот,
- поддршка во семејната средина,
- траењето на интервентниот процес,
- проодноста кон едукативниот систем,
- интерсистемската соработка,
- употребата на асистивната технологија,
- континуирана професионална едукација,
- финансирањето на системот.

8. Меѓуинституционална соработка

Претпоставуваме дека постои делумно организирана мрежна меѓуинституционална соработка во врска со посебните потреби на детето и неговото семејство во рамките на системот за рана интервенција и инклузија.

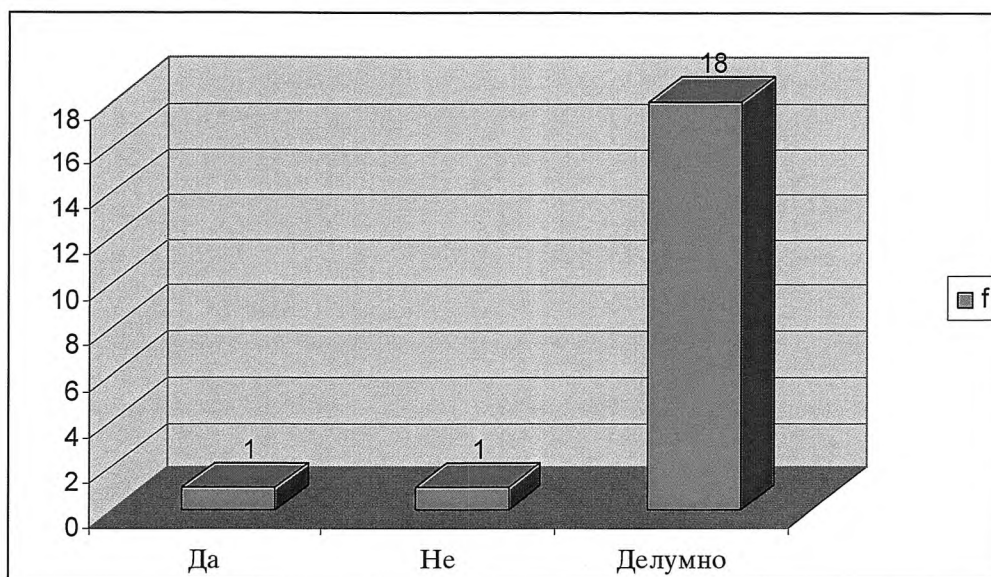
Во врска со нашата претпоставка ги презентираме резултатите од анкетниот лист наменет за стручните лица и за наставниците и воспитувачите.

Табела број 13. Анкетен лист наменет за стручниот тим од Заводот – меѓуинституционална соработка со служби за рана интервенција (постоење на организирана соработка на Заводот со другите служби за рана интервенција)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 1 | 5 |
| Не | 1 | 5 |
| Делумно | 18 | 90 |
| Вкупно | 20 | 100 |

На прашањето дали постои организирана соработка на установата со другите служби за рана интервенција 90% или 18 од 20 испитаници одговориле дека постои делумна соработка, 5% или еден испитаник одговорил дека постои соработка, а еден испитаник дека не постои соработка со останатите служби за рана интервенција.

Добиените резултати се претставени графички.



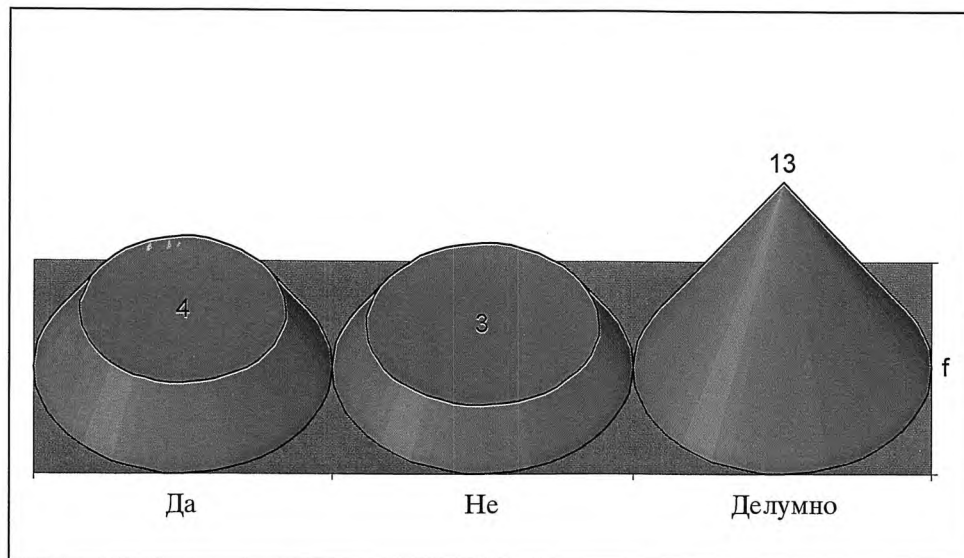
Слика број 12. Организирана соработка

На прашањето пак, постои ли организирана соработка со инклузивните тимови од градинките и од училиштата кои ги посетуваат децата корисници на услугите на службата за рана интервенција, 65% или 13 од 20 испитаници одговориле дека постои делумна соработка, 20% или четири од 20 испитаници одговориле дека постои, а 15% или три од 20 испитаници дека не постои соработка со инклузивните тимови.

Резултатите се претставени табеларно и графички.

Табела број 14. Анкетен лист наменет за стручниот тим од Заводот – меѓуинституционална соработка со инклузивни тимови (постоење организирана соработка со инклузивните тимови од градинките и од училиштата)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 4 | 20 |
| Не | 3 | 15 |
| Делумно | 13 | 65 |
| Вкупно | 20 | 100 |



Слика број 13. Соработка со инклузивни тимови

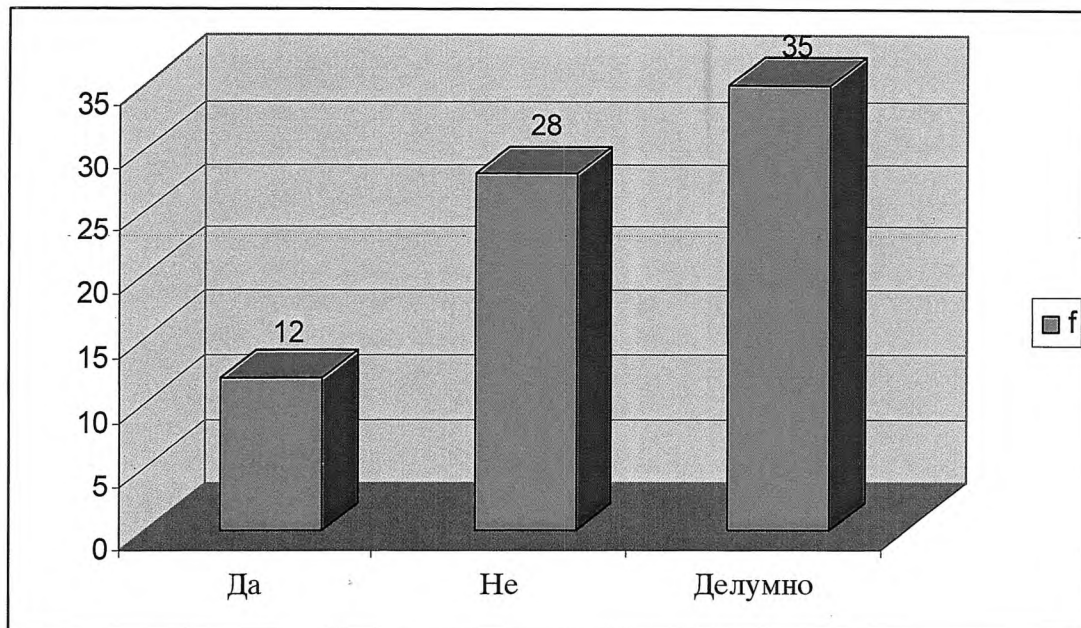
Во врска со меѓуинституционалната соработка ги презентираме и резултатите од анкетниот лист за наставници и воспитувачи.

На прашањето дали постои соработка со професионалците од Заводот за ментално здравје при изработката во индивидуалниот образовен план за детето со посебни потреби 47 % или 35 од 75 испитаници одговориле дека постои делумна соработка, 37% или 28 од 75 испитаници дека не постои соработка, а 16% или 12 од 75 испитаници дека постои соработка.

Добиените резултати се презентираат табеларно и графички.

Табела број 15 Анкетен лист наменет за наставници и воспитувачи – соработка со професионалците од Заводот за ментално здравје при изготвување на ИОП

| Категории | Фреквенција | Процент |
|---------------|-------------|------------|
| Да | 12 | 16 |
| Не | 28 | 37 |
| Делумно | 35 | 47 |
| Вкупно | 75 | 100 |



Слика број 14. Соработка при изработка на ИОП

Со цел да утврдиме дали постои статистички значајна поврзаност помеѓу одговорите на членовите на стручниот тим од Заводот и воспитнообразовниот кадар од градинките и училиштата го применивме Пирсоновиот χ^2 тест.

Се презентираат добиените резултати:

Табела број 16. Споредбена анализа на одговорите на стручниот тим и на едукативниот кадар во однос на постоењето организирана соработка

| | | | Одговори | | | Вкупно | χ^2 | df | p |
|------------|-------------|--------------|----------|-------|---------|--------|----------|----|-------|
| | | | Да | Не | Делумно | | | | |
| Испитаници | Стручен тим | Фреквенција | 4 | 3 | 13 | 20 | 3,614 | 2 | 0,164 |
| | | % Испитаници | 20.0% | 15.0% | 65.0% | 100.0% | | | |
| | ВО Кадар | Фреквенција | 12 | 28 | 35 | 75 | | | |
| | | % Испитаници | 16.0% | 37.3% | 46.7% | 100.0% | | | |
| Вкупно | | Фреквенција | 16 | 31 | 48 | 95 | | | |
| | | % Испитаници | 16.8% | 32.6% | 50.5% | 100.0% | | | |

Споредбената анализа на резултатите од анкетните листови наменети за стручниот тим од заводот и стручниот кадар од градинките и од училиштата во однос на прашањето за постоење организирана соработка укажува на фактот дека најголем дел од испитаниците или 50,5% посочиле дека постои делумна меѓуинституционална соработка. Не постои статистички значајна разлика помеѓу одговорите на двете групи испитаници ($p=0,164$).

Од презентираниите резултати доаѓаме до заклучок дека се отфрла нашата претпоставка за постоење организирана мрежна меѓуинституционална соработка во врска со потребите на детето со посебни потреби и неговото семејство во рамките на системот за рана интервенција и инклузија.

Со цел да ги утврдиме начините на кои се организира или како би требало да се постави во иднина соработката и каде се лоцираат пречките во соработката во анкетниот лист за наставници и воспитувачи поставивме неколку прашања од комбиниран и отворен тип, а одговорите ги презентираме подолу во трудот.

Во прашањето доколку постои соработка кој е начинот на соработка што се практикува со стручниот тим од Заводот за ментално здравје, понудивме неколку можни одговори, но и можност за наведување на друг начин на соработка кој се практикува.

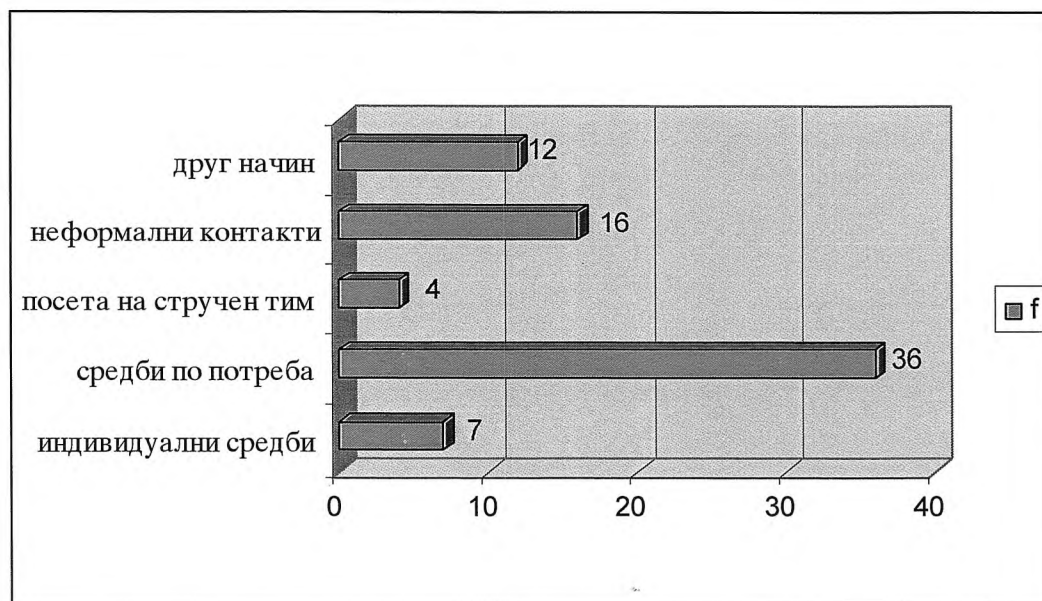
Ги добивме следните резултати:

- а) организирани индивидуални средби и контакти за секое дете со посебни потреби – 9% или седум од 75 испитаници.
- б) средби по потреба – 48% или 36 од 75 испитаници.
- в) организирана посета на стручен тим од Заводот во вашата установа – 5% или четири од 75 испитаници.
- г) неформални, персонални контакти по појава на одреден проблем во текот на инклузивниот процес – 21% или 16 од 75 испитаници.
- д) друг начин – 16% или 12 од 75 испитници, и тоа:
 - пет испитаника наведуваат дека со професионалците од Заводот остваруваат соработка преку родителите на децата со посебни потреби кои се инклузивни во нивната установа,
 - шест испитаници наведуваат средби и контакти при стручни предавања,
 - еден испитаник наведува дека контакт воспоставувал преку писмени препораки од невропсихијатар.

Добиените резултати се презентирани табеларно и графички.

Табела број 17. Анкетен лист наменет за наставници и воспитувачи – начини на соработка (начинот на соработка што се практикува)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------------------|-------------|---------|
| Индивидуални средби | 7 | 9 |
| Средби по потреба | 36 | 48 |
| Посета на стручен тим | 4 | 5 |
| Неформални контакти | 16 | 21 |
| Друг начин | 12 | 16 |
| Вкупно | 75 | 100 |



Слика број 15. Начини на соработка

Од резултатите се согледува дека воспитнообразовниот кадар најчесто воспоставува контакт со стручниот тим од Заводот за ментално здравје кога ќе се појави некоја потреба или проблем во текот на инклузивниот процес на одредено дете со посебни потреби. Заклучуваме дека средбите по потреба (48%) и неформалните контакти (21%) укажуваат на потреба од структурирање на меѓуинституционалната соработка и подигнување на повисоко ниво со цел подобрување на исходот од раната интервенција и инклузија кај детето со посебни потреби.

Во однос на отвореното прашање каде ги лоцираат проблемите и пречките во соработката, одговорите ги подредуваме во неколку категории, и тоа:

а) пречки во соработка кои потекнуваат од родителите на децата со посебни потреби;

- б) пречки во соработка кои потекнуваат од Стручниот тим од Заводот;
 в) пречки во соработка кои потекнуваат од градинките и од училиштата;
 г) пречки во соработка кои потекнуваат од поставеноста на системот.

Во врска со пречките во соработката се презентираат следните одговори:

Табела број 18. Одговори на испитаници во врска со пречките во соработката

| Категории | Цитати од испитаници |
|--|--|
| Пречки во соработка кои потекнуваат од родителите на децата со посебни потреби | <p>„Пречките се во родителите кои не се реални и не го постојуваат Заводот за ментално здравје“.</p> <p>„Недоволна заинтересаност на родителите“.</p> |
| Пречки во соработка кои потекнуваат од Стручниот тим од Заводот | <p>„Стручните лица од Заводот не доаѓаат во училиштето“.</p> <p>„Никогаши или ретко е на иницијатива на Заводот, што е погрешно“.</p> <p>„Несериозно прифаќање на проблемите во образованието од страна на Заводот“.</p> <p>„Неангажираност на Заводот“.</p> <p>„Нема постојат на дефектолог за индивидуално препирање на пошребите на секое дете“.</p> <p>„Нема иницијатива од Заводот за соработка“.</p> <p>„Поголемо професионално интересирање, организирано индивидуално за секое дете“.</p> <p>„Неорганизираност од страна на Заводот за ментално здравје“</p> |
| Пречки во соработка кои потекнуваат од градинките и од училиштата | <p>„Во немањето дефектолози во училиштата кои ќе остваруваат контакти со Заводот“.</p> <p>„Нема дефектолог во градинката кој би остварувал контакти со заводот“.</p> <p>„Ние не сме стручни само дефектолог може да ни помогне“.</p> <p>„Недостаток на стручен тим кој ќе остварува контакти со Заводот“.</p> <p>„Неадекватно поставен систем на комуникација помеѓу овие институции (градинки и ЗМЗ)“.</p> |
| Пречки во соработка кои потекнуваат од поставеноста на системот | <p>„Технички причини, во целокупната комуникација со институциите, во обученоста на наставниците, во програмата“.</p> <p>„Проблеми во комуникација“.</p> <p>„Во специјалните установи“.</p> <p>„Не постои организирана соработка“.</p> <p>„Во институциите на системот кои не ја регулираат соработката“.</p> <p>„Во неадекватна соработка“.</p> <p>„Во институциите релевантни за оваа проблематика“.</p> |

За да ги согледаме потребите на едукативниот кадар од градинките и од училиштата во врска со соработката со стручниот кадар од службата за рана интервенција, а со цел соодветна поддршка на децата со посебни потреби инклучирани во редовната едукативна средина, го поставивме прашањето од отворен тип да се наведе која би била најдобрата форма на соработка со Заводот за ментално здравје.

Одговорите на прашањата главно опфаќаат два аспекти на соработката:

- а) соработка градинка/училиште – Завод за ментално здравје и
- б) соработка градинка/училиште – родител – Завод за ментално здравје

Во Табела број 19 се презентирани дел од одговорите од анкетните листови:

Табела број 19. Одговори на едукативниот кадар во однос на соработката

| Аспекти на соработка | | |
|---|---|--|
| Испитаници | Соработка градинка/училиште – Завод за ментално здравје (цитати) | Соработка градинка/училиште – родител – Завод за ментално здравје (цитати) |
| Едукативен кадар од градинки и училишта | <p>„Редовна посета на дефектолог би била најдобрата форма на соработка со Заводот“.</p> <p>„Посетовани контакти, информации и соработка за даден проблем“.</p> <p>„Посетовани заемни средби во двесте услови“.</p> <p>„Планирани средби“.</p> <p>„Организира посета на стручен тим и упуштување на децата до Заводот“.</p> <p>„Организирани индивидуални средби за секое дете со посебни потреби“.</p> <p>„Барем еднаш неделно да се комуницира со Заводот, индивидуално за секое дете“.</p> <p>„Честа посета на стручните лица од Заводот во градинката и нивен престој во групите помеѓу децата“.</p> <p>„Посети по потреба“.</p> <p>„Вработен дефектолог во училиштето кој ќе остварува контакти со Заводот“.</p> <p>„Дефектолог во градинката кој ќе остварува контакти со Заводот“.</p> <p>„На почесто на годишна информативен состанок за таквиот тим на ученици“.</p> <p>„На ниво на училиште да се организираат работилници за добивање насоки за работа со деца со посебни потреби“.</p> <p>„Професионално информирање за најредокот на секое дете индивидуално на ниво на институции“.</p> <p>„Да има на ниво на локална самоуправа издирени центри за помош и комуникација“.</p> | <p>„Директна комуникација родител – наставник – дефектолог“.</p> <p>„Навремено упатување на родителите и упатување на проблемот на нивно дете“.</p> <p>„Работа во група со сестри од заводот“.</p> <p>„Стручен тим да доаѓа во училиштето и да има средби со родителите, детето наставникот и со стручните тим од училиштето“.</p> <p>„Поенцирање на соработката родител – Завод за ментално здравје“.</p> <p>„Да се организира индивидуална средба со секое дете кое е од овој ранг, но и да посетат и средба и со родителите на самојо дете со посебни потреби“.</p> <p>„Соработка, договор со родителите, присуство за време на часови на дефектолог од Заводот“.</p> |

Од презентирните податоци се доаѓа до заклучок дека едукативниот кадар од градинките и од училиштата прецизно ги дефинира проблемите во меѓуинституционалната соработка и начините за организирање на истата на едно повисоко ниво. Овој начин на дефинирање укажува на свесноста на кадарот за постојните проблеми во инклузијата на децата со посебни потреби во нивните установи, но и постоењето потреба за нивно разрешување со цел квалитетно образование на сите деца во инклузивната средина.

Дефектологот се доживува како „олеснувач“ во комуникацијата и соработката на сите нивоа, па затоа и оправдан е процесот кој е веќе започнат за збогатување на стручните тимови во градинките и во училиштата со дефектолози чија дејност ќе се одвива во насока на подобрување на поддршката во инклузивната едукативна средина.

9. Партнерски однос со родители

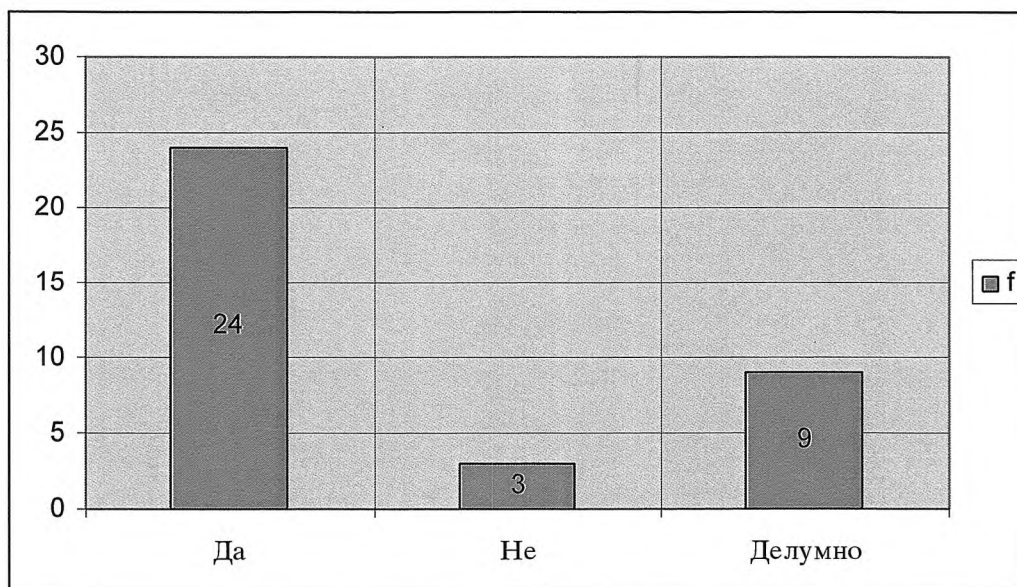
Претпоставуваме дека постои изграден партнерски однос и утврдена активна улога на родителите во спроведувањето на раноинтервентната постапка.

Во врска со оваа претпоставка ги презентираме резултатите од анкетните листови за родителите, кадарот од градинките и стручниот тим на Заводот за ментално здравје.

Резултатите се претставени табеларно и графички.

Табела број 20. Преглед на резултати од анкетен лист за родители (партнерски однос со тимот на професионалци)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 24 | 67 |
| Не | 3 | 8 |
| Делумно | 9 | 25 |
| Вкупно | 36 | 100 |



Слика број 16. Партнерски однос родител – професионалец

Од презентираниите резултати од анкетниот лист за родителите на деца вклучени во раноинтервентната постапка во Заводот за ментално здравје кои се инклучирани во редовните градинки и училишта, се доаѓа до заклучок дека 67% или 24 од 36 испитаника сметаат дека имаат изграден партнерски однос со професионалците кои нудат поддршка на нивното дете, 25% сметаат дека остваруваат делумна соработка, а 8% или само тројца од 36 испитаници сметаат дека не остваруваат никаква соработка.

Во врска со ова прашање се презентираат и резултатите од анкетниот лист за воспитувачите и за наставниците од инклузивната средина.

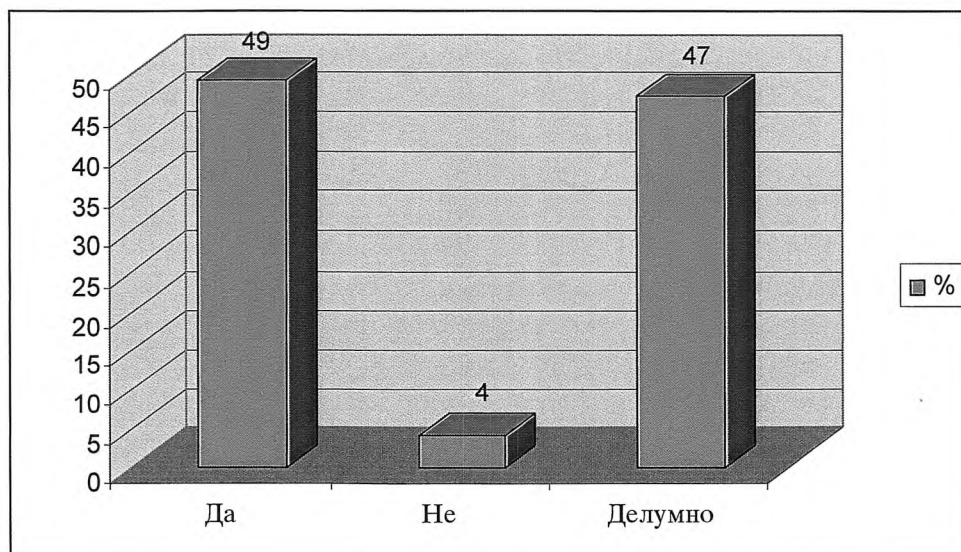
Табела број 21. Преглед на резултати од анкетен лист за наставници од училишта и воспитувачи од градинки (соработка и партнерски однос со родителите)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 37 | 49 |
| Не | 3 | 4 |
| Делумно | 35 | 47 |
| Вкупно | 75 | 100 |

Од табелата се гледа дека од испитаните 75 воспитувачи од градинките и наставници од училиштата 49% или 37, остваруваат соработка со родителите на

децата со посебни потреби кои се опфатени со раноинтервентната постапка во Заводот за ментално здравје.

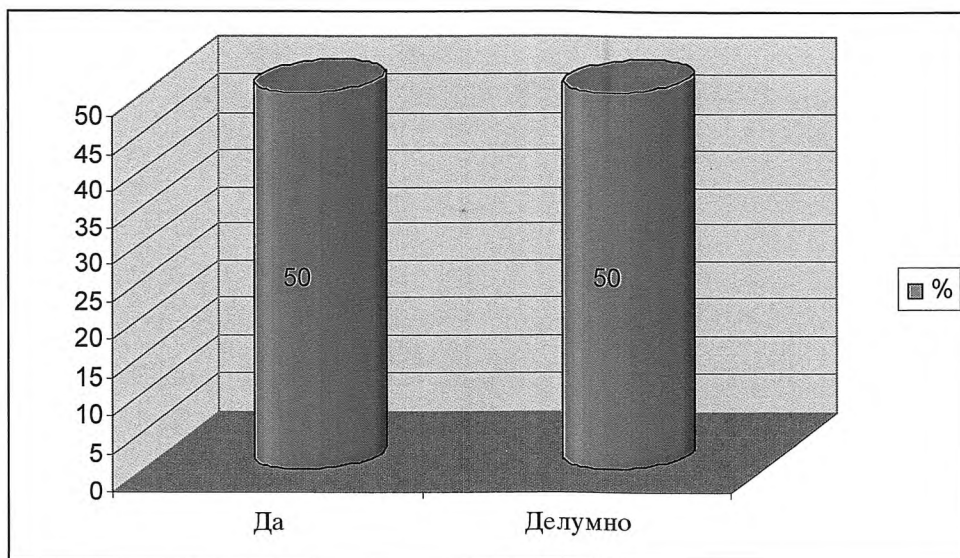
47% или 35 од 75 испитаници остваруваат делумна соработка, а само 4% или три од 75 испитаници не остваруваат соработка со родителите.



Слика број 17. Партнерски однос со родители

Табела број 22. Анкетен лист за стручниот тим од Заводот за ментално здравје – соработка со родители (родителите на децата корисници на услугите како активни учесници и партнери во спроведувањето на договорените цели и принципи)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 10 | 50 |
| Не | 0 | 0 |
| Делумно | 10 | 50 |
| Вкупно | 20 | 100 |



Слика број 18. Партнерски однос професионалец – родител

Од презентираниите резултати од анкетниот лист наменет за стручниот тим од Заводот за ментално здравје се согледува дека е подеднаква распределбата на одговори кои укажуваат дека постои партнерски однос и дека постои делумна соработка – 50% од испитаниците одговориле потврдно, а 50% од испитаниците укажуваат дека постои делумна соработка.

Извршивме споредба на резултатите од анкетните листови за родителите и стручниот тим од Заводот во врска со прашањето за постоењето партнерски однос. Извршената споредба е претставена подолу во табелите.

Табела број 23. Споредбена анализа на одговорите на родителите и на стручниот тим во однос на партнерскиот однос

| | | | Одговори | | | Вкупно | Фишеров тест |
|------------|-------------|--------------|----------|------|---------|--------|--------------|
| | | | Да | Не | Делумно | | |
| Испитаници | Родители | Фреквенција | 24 | 3 | 9 | 20 | 0,11 |
| | | % Испитаници | 66.7% | 8.3% | 25.0% | 100.0% | |
| | Стручен тим | Фреквенција | 10 | 0 | 10 | 20 | |
| | | % Испитаници | 50.0% | 0.0% | 50.0% | 100.0% | |
| Вкупно | | Фреквенција | 34 | 3 | 19 | 56 | |
| | | % Испитаници | 60.7% | 5.4% | 33.9% | 100.0% | |

Во врска со прашањето за постоењето изграден партнерски однос родител – професионалец, преку споредбата на одговорите на родителите и на професионалците од стручниот тим од Заводот согледуваме дека најголем процент од испитаниците укажуваат дека постои изграден партнерски однос (60,7%), но помеѓу добиените резултати не постои статистички значајна разлика ($p=0,11$).

Беше направена и споредба на одговорите на воспитно образовниот кадар и стручниот тим во врска со нивниот однос со родителите. Се презентира споредбената анализа:

Табела број 24. Споредбена анализа на одговорите на едукативниот кадар и на стручниот тим во врска со партнерскиот однос

| | | | Одговори | | | Вкупно | Фишеров тест |
|------------|-------------|--------------|----------|------|---------|--------|--------------|
| | | | Да | Не | Делумно | | |
| Испитаници | ВО Кадар | Фреквенција | 37 | 3 | 35 | 75 | 1,0 |
| | | % Испитаници | 49.3% | 4.0% | 46.7% | 100.0% | |
| | Стручен тим | Фреквенција | 10 | 0 | 10 | 20 | |
| | | % Испитаници | 50.0% | 0.0% | 50.0% | 100.0% | |
| Вкупно | | Фреквенција | 47 | 3 | 45 | 95 | |
| | | % Испитаници | 49.5% | 3.2% | 47.4% | 100.0% | |

Од извршената споредба се согледува дека најголем дел или 49,5% од испитаниците укажуваат дека постои изграден партнерски однос со родителите на децата со посебни потреби. Не постои статистички значајна разлика бидејќи вредноста на $p=1,0$.

Од резултатите заклучуваме дека не се потврдува нашата хипотеза за постоење изграден партнерски однос со родителите на децата со развојни проблеми и посебни потреби.

Се увидува дека постои соработка со родителите на децата со посебни потреби, но сепак таа е делумна. Со цел одржување на партнерскиот однос во којшто постои поделба на улогите во процесот на рана интервенција и инклузија потребно е да се вложи поголем напор од обете страни преку изнаоѓање начини за зајакнување на соработката со цел соодветна поддршка на децата со посебни потреби.

10. Примена на асистивна технологија во процесот на рана интервенција

Претпоставуваме дека постои делумна примена на асистивна технологија во процесот на процена и третман во рамките на моделот на рана интервенција.

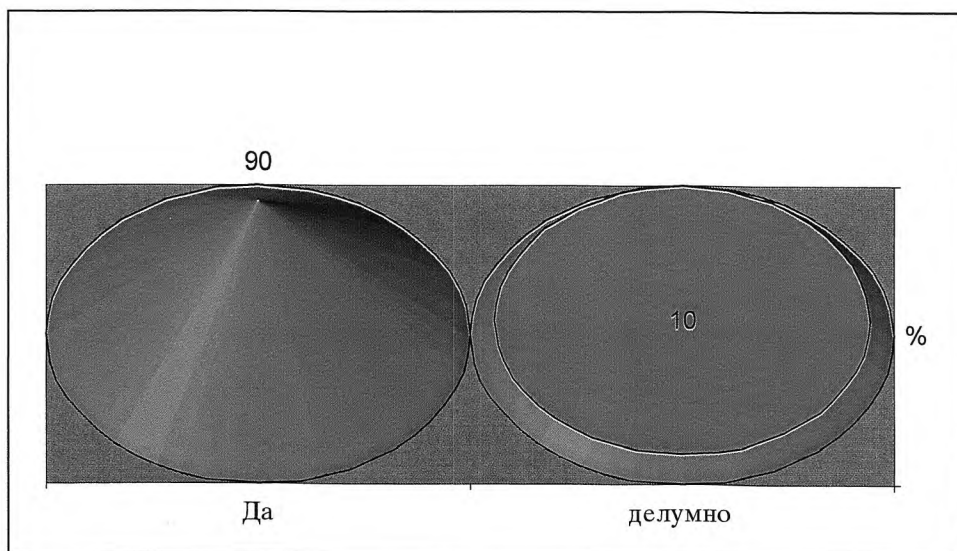
Во врска со оваа претпоставка извршивме испитување на мислењето на стручните профили во Заводот за потребата од примена на асистивната технологија и подготвеноста на кадарот за примена на истата.

Добиени се следните резултати.

Табела број 25. Преглед на резултати од анкетен лист за стручен тим од Завод за ментално здравје – примена на асистивна технологија (постоење потреба од примена на асистивна технологија во рамките на процената и третманот)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 18 | 90 |
| Не | 0 | 0 |
| Делумно | 2 | 10 |
| Вкупно | 20 | 100 |

Во врска со прашањето дали постои потреба од примена на асистивна технологија во рамките на системот на рана интервенција во однос на процената и третманот, 90% од испитаниците или 18 од 20 испитаници дале потврден одговор, а 10% или два од 20 испитаници укажале дека постои делумна потреба од примена на асистивна технологија.

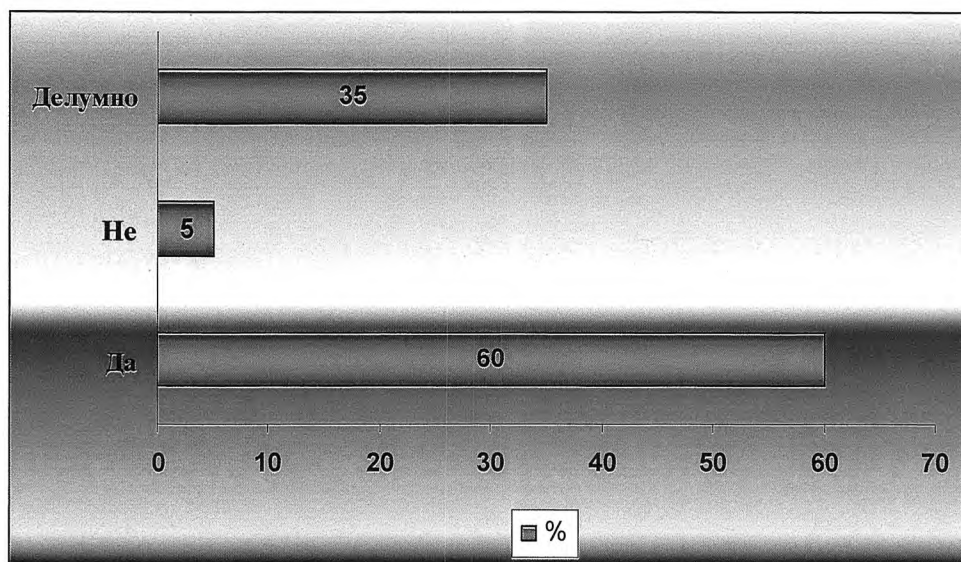


Слика број 19. Потреба од примена на асистивна технологија

Табела број 26. Преглед на резултати од анкетен лист за стручен тим од Завод за ментално здравје – примена на асистивна технологија (подготвеност за примена на асистивна технологија)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 12 | 60 |
| Не | 1 | 5 |
| Делумно | 7 | 35 |
| Вкупно | 20 | 100 |

Во однос на подготвеноста на стручниот тим за примена на асистивна технологија 60% или 12 од 20 испитаници се чувствуваат подготвени за примена на истата во процената и третманот, 5% или еден од 20 испитаници не се чувствува подготвен за примена на асистивна технологија, а 35% се чувствуваат делумно подготвени.



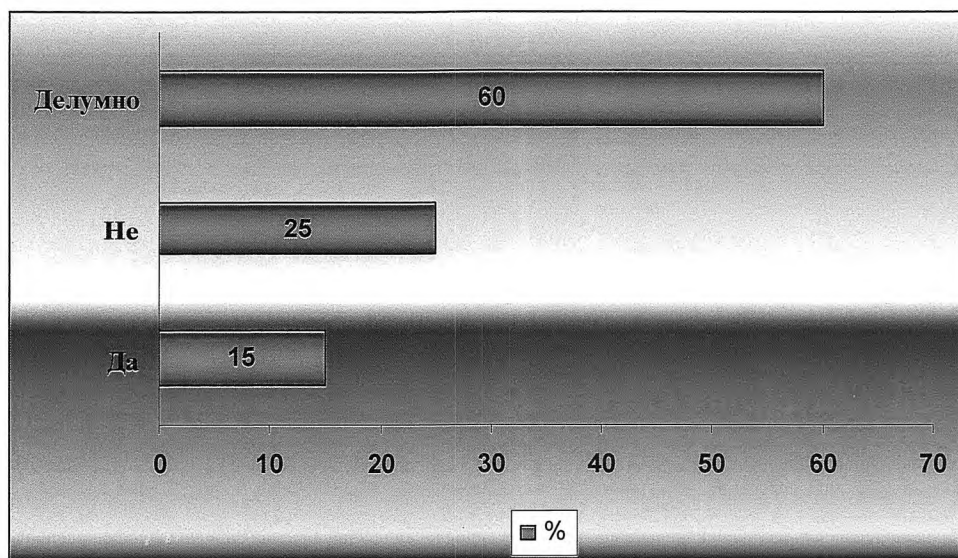
Слика број 20. Подготвеност за примена на асистивна технологија

Во однос на прашањето дали применувате асистивна технологија во текот на спроведување на процесот на рана интервенција, 15% или три од 20 испитаници дале потврден одговор, 25% или пет од 20 испитаници дале негативен одговор, а останатите 60% или 12 од 20 испитаници укажале на делумна употреба на асистивната технологија во нивната работа во системот на рана интервенција.

Се презентираат резултатите.

Табела број 27. Примена на асистивна технологија (примена на асистивна технологија во текот на спроведување на процесот на рана интервенција)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 3 | 15 |
| Не | 5 | 25 |
| Делумно | 12 | 60 |
| Вкупно | 20 | 100 |



Слика број 21. Примена на асистивна технологија

Од добиените резултати заклучуваме дека ни се потврдува претпоставката за делумна примена на асистивната технологија во процесот на рана интервенција.

Стручниот кадар е свесен за постоењето потреба од примена на асистивна технологија и се чувствува подготвен за нејзина примена.

Потребно е во процесот на осовременување на дејностите во здравството да се стави акцент и на модернизација во процесот на рана интервенција и третман со цел позитивен исход во поддршката на децата со развојни проблеми.

11. Потреби од промени

Претпоставуваме дека постојат јасно дефинирани потреби од промени во одредени сегменти на моделот на рана интервенција земајќи ги предвид точно одредените стратешки принципи за:

- адекватна распределба на улогите и на активностите меѓу професионалците од службите и корисниците на услуги,
- за добра организираност и управување со системот,
- за евалуација на резултатите од третманот и ефективността на применетите постапки,
- во врска со постоењето култура за постојано усовршување,
- поголема мотивација на професионалците,
- востановување на популациски базирана поддршка и
- јакнење на капацитетите со цел ефективна интервенција.

а) Во врска со принципот за адекватна распределба на улогите и на активностите меѓу професионалците од службите и корисниците на услуги ги презентираме резултатите од анкетните листови.

Преку одредени варијабли ја согледуваме моменталната состојба, но може да направиме и проекции за потребните промени во системот на рана интервенција и инклузија со цел соодветна поддршка на децата со развојни проблеми. Преку обработката на одредени прашања од анкетните листови и нивната распределба во врска со она што означува стратегиски принцип за промени во системот доаѓаме до утврдени потреби за промени во системите на рана интервенција и инклузија и кај професионалците од службите и кај корисниците на услуги.

Прегледот од резултатите од анкетниот лист наменет за родителите на децата корисници на услугите на системот за рана интервенција дава увид во моменталната состојба, но и потребите за промени со цел подобар исход од поддршката на нивното дете во која тие треба да имаат активна улога.

Во прегледот се опфатени неколку варијабли, и тоа: улогата која ја имаат родителите во процената на способностите на нивното дете, начинот на кој ги носат одлуките за развојните потреби на нивното дете и околу користењето на услугите од сервисните служби, нивната подготвеност за спроведување стимулативни активности во домашна средина, потребата за помош и поддршка околу стимулативните активности кои родителот би ги спроведувал со своето дете во домашна средина, добивањето насоки од професионалците околу стратегиите за работа со нивното дете во домашни услови.

Табела број 28. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (активна улога во процесот на процена на способностите на нивното дете)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 25 | 69 |
| Не | 0 | 0 |
| Делумно | 11 | 31 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Во однос на прашањето дали имаат активна улога во процесот на процена на способностите на нивното дете во рамките на службата за рана интервенција 69% од родителите дале потврден одговор, а 31% укажале дека имаат делумно активна улога.

Табела број 29. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (начин на кој ги носат одлуките за развојните потреби на детето при користењето услуги од сервисните служби)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------------------------|-------------|---------|
| Самостојна одлука | 4 | 11 |
| Поддршка околу некои одлуки | 9 | 25 |
| Тимски одлуки | 23 | 64 |
| Вкупно | 36 | 100 |

На прашањето за начинот на кој ги носат одлуките за развојните потреби на нивното дете и во врска со користењето на услугите од сервисните служби, 11% од родителите носат самостојни одлуки, 25% од родителите добиваат поддршка околу некои одлуки, а 64% или 23 од 36 родители укажале дека одлуките кои се носат се тимски одлуки и тие заедно со стручните лица одлучуваат што е најдобро за нивното дете во процесот на рана интервенција.

Табела број 30. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (подготвеност за спроведување на стимулативни активности со детето во домашна средина)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 21 | 58 |
| Не | 3 | 8 |
| Делумно | 12 | 34 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Во врска со прашањето за нивната подготвеност за спроведување стимулативни активности со детето во домашна средина, 58% од родителите се чувствуваат подготвени, 34% делумно подготвени, а 8% не се чувствуваат подготвени за спроведување стимулативни активности со нивното дете во домашни услови.

Табела број 31. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (потреба за помош и поддршка околу стимулативните активности кои родителот би ги спроведувал со своето дете во домашна средина)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 24 | 66 |
| Не | 6 | 17 |
| Делумно | 6 | 17 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Во врска со потребата за помош и поддршка околу стимулативните активности кои родителот би ги спроведувал со своето дете во домашна средина, 66% укажале дека имаат потреба од поддршка, 17% немаат, а другите 17% од родителите имаат потреба од делумна поддршка за соодветна стимулација на нивното дете во домашни услови.

Табела број 32. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (добивање насоки од професионалците околу стратегиите за работа со нивното дете во домашни услови)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 25 | 69 |
| Не | 3 | 8 |
| Делумно | 8 | 23 |
| Вкупно | 36 | 100 |

На прашањето дали добиваат насоки од професионалците околу стратегиите за работа со нивното дете во домашни услови, 69% дале потврден одговор, 8% не добиваат насоки, а 23% од родителите добиваат делумни насоки од стручните лица.

Од резултатите се согледува моменталната состојба во врска со одредени варијабли кои се однесуваат на распределбата на улогите и на активностите меѓу професионалците од службите и корисниците на услуги.

Потребите за промени во врска со стратегискиот принцип за соодветна распределба на улогите и на активностите меѓу професионалците од службите и корисниците на услуги ги утврдуваме преку одговорите на испитаниците на отворените прашања од анкетниот лист.

Родителите ја нагласуваат потребата од дефинирање на улогите на секој професионалец во врска со задоволување на потребите на нивното дете, укажуваат и на потреба од поддршка и на самите родители во справување со сите потешкотии и предизвици при извршувањето на родителската улога. Презентираме дел од мислењата на родителите во однос на промените во системот за рана интервенција и инклузија.

Табела број 33. Адекватна распределба на улогите и активностите – одговори на родители

| Принцип за адекватна распределба на улогите и на активностите | | |
|---|--|--|
| Испитаници | Распределба на улоги во системот на рана интервенција (цитати) | Распределба на улоги во системот на инклузија (цитати) |
| Родители | <p>„Поголема вклученост на стиручни лица во домашна средина со цел – вршење стимулации“.</p> <p>„Уште на почетокој на интервенцијата да биде вклучен поголем тим лекари со цел да му се помогне на дејето“.</p> <p>„Процена на родителската улога и способност за воспитување“.</p> <p>„Насоки за воспитување на родителот во домашна средина, рано откривање уште во породилните евенуалните пречки“.</p> <p>„Работата во домашни услови“.</p> <p>„Работата со родителите и целото семејство во процесот на справување со потребите на дејето“.</p> <p>„Секојдневна работа со дефектолог-логоед“.</p> <p>„Па не се работи за модел на работа туку повеќе би било давање мали задачи за родителот што да работи дома или евенуално испраќање корисни стапки или корисни задачи насоки за работата преку e-mail“.</p> | <p>„Потребно е да се вклучи стиручно лице-дефектолог, логоед во училиштата (како волонтер или редовно вработен) кој би ја имал улогата на координатор на сите активности и кој би ја вршел таа инклузија на децата. Може да држи и средби со родителите на осигурени деца за нивно подобро информирање и нивна поддршка и поддршка од нивните деца кои учат со нива дејето“.</p> |

Наставниците и воспитувачите од градинките нагласуваат потреби од промени во однос на дефинирањето на улогите на сите професионалци со цел олеснување на процесот на рана детекција, интервенција и инклузија.

Табела број 34. Принцип за соодветна распределба на улогите и активностите – одговори на едукативен кадар

| Принцип за соодветна распределба на улогите и активностите | | |
|--|--|--|
| Испитаници | Распределба на улоги во системот на рана интервенција (цитати) | Распределба на улоги во системот на инклузија (цитати) |
| Наставници и воспитувачи | „Прва и примарна задача – поголема отвореност и искреност од страна на родителите, помош од релевантни фактори (спручни лица, институции) преку директен контакт со децата“. | „Доверба на дејство во спручниот тим за инклузија, без криење на болеста и нејзината прогресивност или стагнација во контактот со наставникот, помош од дефектологот и родителот за да може наставникот правилно да работи со ученикот“. |
| | | „Поголема соработка со родителите на тие деца со педагошко-психолошката служба и наставникот“. |
| | | „Целодневен престој на дефектологот во групата, осервација на дејство со посебни потреби“. |

Стручниот тим на Заводот за ментално здравје укажува на потреби од редефинирање на улогите на професионалците од различни области кои се членови на стручниот тим со цел рана детекција на што помала возраст која ќе влијае пак на резултатите од раните стимулации и инклузијата на детето во редовна средина.

Табела број 35. Принцип за соодветна распределба на улогите и активностите – одговори на стручен тим

| Принцип за соодветна распределба на улогите и активностите | | |
|--|--|---|
| Испитаници | Распределба на улоги во системот на рана интервенција (цитати) | Распределба на улоги во системот на инклузија (цитати) |
| Стручен тим од Заводот за ментално здравје | „Излегување на тирен еднаш неделно, йосеџа на градинкиџе и на училишџаџа за сѳроведување рана детекција и йрвенција“. | „Обука на насѳавнициџе во училишџаџа и на кадароџи во градинкиџе од сѳрана на нашиоџи џим за рано йреџознавање на йоџенцијалниџе развојни нарушувања и навремено уџаџување во службиџе за рана инџервенција“. |
| | „Посеџа на домовиџе на ризично родениџе деца од 0 до 3-годишна возраст, советување на родителџиџе и давање на инџструкциџа за рана сѳимулација на развојоџи“. | |
| | -. „Орџанизирање инџструкџивна рабоџа со родителџиџе, клубови, џруџи во врска со сѳимулаџивниџе акџивносџи кои џреба да џи изведувааџи со своџиџе деца во домашни услови“. | |

б) Во однос на принципот за добра организираност и управување со системот, а во врска со потребите за промена ги презентираме резултатите од анкетниот лист.

Родителите ги нагласуваат потребите од промени во системот на рана интервенција и инклузија преку организирање и сервисни служби кои би вршеле детекција и рани стимулации во домашни услови, вработување дефектолози во сите училишта, а не само на општинско ниво, вработување логопеди во училиштата и во градинките, посета на стручен кадар во училиштата и во

градинките и нудење помош на оние на коишто им е потребна, секојдневна работа со дефектолог во редовна настава (покрај редовниот наставник).

Се презентираат одредени мислења на родителите:

Табела број 36. Принцип за добра организираност и управување со системот – одговори на родителите

| Принцип за добра организираност и управување со системот | | |
|--|---|--|
| Испитаници | Организираност во системот на рана интервенција (цитати) | Организираност во системот на инклузија (цитати) |
| Родители | „Можноста за почести термини за трениман и временски неограничени (во веќе од еден час да тренираат вежбите)“. | „Вработување стручен кадар (дефектолог, логопед, АБА терапевт) во сите училишта; кампањи за подигнување на свеста како кај наставниците така и кај родителите и децата соученици“. |
| | „Домашина посеба бидејќи работата со децата на негов домашен терен сигурно дава поголеми ефекти; засилен трениман кој би вклучувал тимска работа на професионалци, и тоа секојдневна; поголема отвореност на самите институции и реализирање на подлабока соработка“. | „Да се вклучи стручно лице – дефектолог, логопед во училиштата (како волонтер или редовно вработен кој би ја имал улогата на координатор на сите активности и кој би ја вршел таа инклузија на децата. Може да држи и средби со родителите на осигурањето деца за нивно подобро информирање и нивна поддршка и поддршка од нивните деца кои учат со тоа деце“. |
| | „Сметам дека во општеството не се преземаат соодветни мерки за развојот на децата со посебни потреби, треба да се посетуваат сите деца во училиште и во градинка бидејќи познавам деца на кои им е потребна помош, а не им е дадена. Посејат и многу родители кои не можат сами да си ги признаат маниите или недостатоците на децата и со тоа ги уназадуваат самите деца. Исто така, има родители кои од финансиски причини не можат да му овозможат услови на своето дете за рехабилитација“. | „Да се оформат (вработат) во сите предучилишни и училишни институции тимови составени од по најмалку еден дефектолог, логопед, психолог и лекар од општа практика“. |
| | „Многу порана интервенција, на пример, од три годишна возраст со поголем број дефектолошки тренимани“. | „Освен педагог, во училиштата би требало да бидат вработени психолог, логопед и дефектолог за навремено воочување на проблемите кај децата“. |

Во врска со стратегискиот принцип за добра организираност и управување со системот во однос на потребите за промена, се презентираат резултатите од анкетниот лист за наставници и воспитувачи. Овие испитаници нагласуваат дека потребно е заедничко планирање, следење и помош при работата на наставникот, вработување дефектолог во училиштата, изготвување заедничка програма со дефектологот, стручна помош на наставникот, институциите кои се занимаваат со оваа проблематика да излезат на терен во базата, во училиштата, за да има поголем ефект и соработка и да се децентрализираат во помали единици по општини, редовна или барем честа посета на дефектолог и логопед во градинката, вработување на дефектолог и лекар педијатар во градинките. Наведени се одредени мислења:

Табела број 37. Принцип за добра организираност и управување со системот – одговори на едукативен кадар

| Принцип за добра организираност и управување со системот | | |
|--|---|---|
| Испитаници | Организираност во системот на рана интервенција (цитати) | Организираност во системот на инклузија (цитати) |
| Наставници и воспитувачи | <i>„Средување на работните на ниво високо административно ниво, но се разбира треба да се почнува мислењето и на практичарите“.</i> | <i>„Премногу деца и затоа треба постојано вработен дефектолог или занимална за тие деца, да се откриваат многу рано проблемите, да се намали бројот на деца со проблеми во групите и да им се обезбеди квалитетно воспитување“.</i> |
| | <i>„Организирани стручни посеји од тимови од ЗМЗ во градинките за процена, следење на развојот и советување за стимулации со децето“.</i> | <i>„Вклучување дефектолог кој заедно со воспитувачот ќе ја спроведува воспитнообразовната програма“.</i> |
| | <i>„Навремено и точно дијагностицирање и следење на децата со посебни потреби од страна на стручни лица од заводот, соработка со воспитувачите, искрено искажување на посвоечкиот проблем кај децата со посебни потреби“.</i> | <i>"Да имаме наш дефектолог кој ќе биде стручен соработник во воспитнообразовната работа".</i> |

Стручниот тим од Заводот за ментално здравје укажува на потреби од: прераснување на Заводот во републичка установа која на централно ниво ќе ги координира активностите во врска со раната детекција, превенција, интервенција, инклузија, поинаква организација на работното време за посеопфатно опфаќање на децата со посебни потреби бидејќи на некои родители не им одговара постојното работно време, подобрување во организацијата, формирање стручен менаџерски тим кој ќе обезбеди добра меѓуинституционална соработка, влез во предучилишните установи и снимање на состојбите.

в) Следат резултатите во врска со стратегискиот принцип за промени – евалуација на резултатите од третманот и ефективноста на применетите постапки.

Преку резултатите од анкетниот лист наменет за родителите на децата со посебни потреби се утврдува моменталната состојба во врска со одредени прашања.

Табела број 38. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (професионалец кој би понудил најсоодветна помош при изведувањето на стимулативните активности во домашни услови)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------------------|-------------|---------|
| Педагог | 2 | 6 |
| Воспитувач, наставник | 2 | 6 |
| Дефектолог | 29 | 80 |
| Психолог | 3 | 8 |
| Лекар | 0 | 0 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Во врска со прашањето од доменот на раната интервенција, кој професионалец би понудил најсоодветна помош при изведувањето на стимулативните активности во домашни услови, за 80% или 29 од 36 испитаници дефектологот е вистинскиот избор, 6% или 2 од 36 испитаници се одлучиле за педагог, 6% за воспитувач/наставник и 8% или 3 од 36 испитаници за психолог.

Табела број 39. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (најдобрата форма на остварување дополнителна помош и поддршка од дефектолог)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|----------------------------------|-------------|---------|
| Дефектолог заедно со наставник | 21 | 58 |
| Ресурсен модел | 6 | 17 |
| Дефектолошки, логопедски третман | 9 | 25 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Во однос на прашањето која би била најдобрата форма на остварување на дополнителна помош и поддршка од дефектолог во редовната градинка и во училиште 58% се одлучиле дека најдобра форма на поддршка ќе биде опцијата дефектолог заедно со наставникот да ја спроведува наставата, 17% се одлучиле за ресурсниот модел – дефектолог кој би доаѓал во одреден договорен термин, би го извлекувал детето со посебни потреби од наставата и во договор со наставникот би работел со детето на одредени содржини од наставата и 25% од испитаниците се одлучиле дека најдобра форма на поддршка би се остварила преку третманот (дефектолошки, логопедски), кој се изведува надвор од градинката/училиштето во одредена сервисна служба во текот на учебната година.

Во врска со ова прашање се презентираат и одговорите на воспитувачите и наставниците.

Табела број 40. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за едукативниот кадар (најдобрата форма на остварување дополнителна помош и поддршка од дефектолог)

| Категории | Фреквенција | Процент | χ^2 | df | p |
|----------------------------------|-------------|---------|----------|----|-------|
| Дефектолог заедно со наставник | 32 | 43 | 13,0 | 2 | 0,002 |
| Ресурсен модел | 36 | 48 | | | |
| Дефектолошки, логопедски третман | 7 | 9 | | | |
| Вкупно | 75 | 100 | | | |

Според овие резултати за моделот за поддршка дефектолог – наставник се определиле 43% од испитаниците, за ресурсниот модел 48%, а за дефектолошки

т.е. логопедски третман 9%. Постои статистички значајна разлика помеѓу добиените резултати ($p=0,002$). Резултатите во одредена смисла ја покажуваат и потребата која едукативниот кадар ја има во однос на поддршката на децата со посебни потреби во редовната училишница – присуство на дефектолог кој со својата стручност би им претставувал поддршка во работата.

Се изврши и споредбена анализа на резултатите од анкетните листови за родителите и едукативниот кадар од градинките и училиштата во врска со прашањето за дефинирање на моделот за поддршка кој би бил најприфатлив за децата со посебни потреби.

Се презентираат добиените резултати:

Табела број 41. Споредбена анализа на одговорите на родителите и едукативниот кадар во однос на моделот за поддршка

| | | | Одговори | | | Вкупно | χ^2 | df | p |
|------------|----------|--------------|----------|-------|---------|--------|----------|----|-------|
| | | | Да | Не | Делумно | | | | |
| Испитаници | Родители | Фреквенција | 21 | 6 | 9 | 36 | 11,704 | 2 | 0,003 |
| | | % Испитаници | 58.3% | 16.7% | 25.0% | 100.0% | | | |
| | ВО Кадар | Фреквенција | 32 | 36 | 7 | 75 | | | |
| | | % Испитаници | 42.7% | 85.7% | 9.3% | 100.0% | | | |
| Вкупно | | Фреквенција | 53 | 42 | 16 | 111 | | | |
| | | % Испитаници | 47.7% | 37.8% | 14.4% | 100.0% | | | |

Во однос на дефинирањето на моделот за поддршка кој би претставувал најдобра форма за дополнителна помош и поддршка од страна на дефектолог, преку споредбената анализа на добиените резултати се увидува дека постои јасно дефинирање на формата за поддршка, бидејќи најголем дел или 47,7% од испитаниците се определиле за формата на поддршка дефектолог кој заедно со наставникот би ги спроведувал наставните содржини. Разликата помеѓу добиените резултати е статистички значајна ($p=0,003$).

Преку одговорите на отворените прашања се увидуваат потребите за промени во врска со принципот – евалуација на резултатите од третманот и ефективноста на применетите постапки.

Родителите на децата со развојни проблеми укажуваат на потребите од: рана дијагностика – обука на педијатрите за рано препознавање и упатување на

родителите, поопсежен скрининг уште во првите години, систематски прегледи на одреден период на децата со посебни потреби за следење на развојот и соодветна стимулација, ран третман. Родителите нагласуваат (цитираме):

– „Детекцијата да влезе во задолжителниот систематски преглед на децата“.

– „Да се воведат задолжителни шестмесечни прегледи до пригодишна возраст кај дефектолог (како што се задолжителни вакцинации) за да се воспостави најрано одредена дијагноза“.

– „Уштите во градинка се почнува со работата со дефектолог, логопед. За жал кај нас овие деца ги одбиваат од градинките“.

Воспитувачите од редовните градинки и наставниците од редовните училишта во кои се вклучени децата со посебни потреби кои се опфатени со раноинтервентната програма во Заводот за ментално здравје говорат за потреба од: помош околу проблемите кои се јавуваат во работата со овие деца, стручна помош на наставникот, поголема помош и залагање од Заводот за зголемување на ефектите од третманот.

Стручниот тим на заводот наведува потреби во однос на: организирање групи за поддршка на родителите, поредовно иследување, периодични известувања од училиштата/градинките за веќе вклучените деца, поддршка од центарот за социјални работи особено на социјално ранливите групи.

г) Во врска со постоењето култура за постојано усовршување како стратегиски принцип ги утврдивме потребите за континуирана едукација на стручниот тим од Заводот.

Табела број 42. Преглед на резултати од анкетниот лист наменет за стручниот тим од Заводот (постоење потреба од континуирана професионална едукација)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 19 | 95 |
| Не | 0 | 0 |
| Делумно | 1 | 5 |
| Вкупно | 20 | 100 |

Од добиените резултати заклучуваме дека кај 95% од испитаниците или кај 19 од 20 испитаници постои потреба од континуирана професионална едукација.

Потребите за едукација ги нагласуваат и родителите, и тоа: обука на наставниците за работа со ваков вид ученици, едукација на наставниците за давање насоки за постапување на родителот во домашна средина. Родителите наведуваат (цитираме):

- „Да има добро обучени наставници и дефектолози“.
- „Потребно е да се следат новите научни دستигнувања и откритија околу аутизмот, хиперактивносста итн. Колку повеќе знаеме можно е и повеќе да реализираме“.
- „Едукација на наставниците, матичните лекари, родителите за идентификување на потребната деца. Обуки на родителите за специјална методологија за работа со деца со посебни потреби“.

д) Во однос на стратегискиот принцип за промени во врска со поголема мотивација на професионалците, од анкетниот лист за родителите се увидуваат потреби за: оформување стручни тимови во училиштата и во градинките за прифаќање и работа со децата со посебни потреби, подобрување на условите за работа, зголемување на персоналот. Се наведуваат и потреби од (цитираме):

- „Обезбедување многу посовремени услови во овие институции, почнувајќи од комјутеризацијата преку реквизициите и, се разбира, просторот“.
- „Треба да се одвојуваат повеќе финансиски средства од државата за услуги и потреби на овие деца, затоа што сè е застарено, треба да се обнови инвентарот и да се зголеми персоналот за работа со децата и персоналот за одржување на хигиената“.

Професионалците од стручниот тим на Заводот наведуваат потреби од: поголема самостојност во одлучувањето и спроведувањето на активности на установата, изнаоѓање начини за регулирање на плаќањата од страна на другите министерства, а во врска со услугите кои ги нуди установата, едукации кои тимот би ги спроведувал надвор од установата во градинките и училиштата, подобрување во организацијата, примена на современи средства и технологија (асистивна технологија), потесно специјализирање на кадарот за одредена проблематика, престој во странство, научни истражувања, подобрување на соработката помеѓу членовите на тимот, поголема кооперативност помеѓу стручниот кадар и лекарите. Се наведува потреба од (цитираме):

– „Посиојана едукација на нашиот тим, соработка со факултетот, соработка и размена на искуства со други институции од други земји во Европа и пошироко“.

– „Поголема примена на асистивна технологија“.

– „Поради специфичноста на условата и широчината на проблематиката на инклузивниот процес, покривање на проширотите во процесот од страна на министерствата за здравство, образование, труд и социјала“.

г) Во однос на стратешкиот принцип за промена – востановување популациски базирана поддршка, се презентираат резултатите од анкетните листови преку кои се добива увид во моменталната состојба и потребите за промени.

Табела број 43. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (прифатеност на учениците со посебни потреби во инклузивната училишница)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 4 | 11 |
| Не | 4 | 11 |
| Делумно | 28 | 78 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Родителите на децата со развојни проблеми во врска со прашањето дали учениците со посебни потреби се прифатени во инклузивната училишница во 78% одговараат дека се делумно прифатени, 11% од испитаниците даваат потврден одговор, а останатите 11% одговараат дека учениците со посебни потреби не се прифатени во инклузивната училишница.

Табела број 44. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (дали општествената заедница придонесува доволно за зацврстување на започнатиот инклузивен процес во градинките и во училиштата)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 2 | 6 |
| Не | 21 | 58 |
| Делумно | 13 | 36 |
| Вкупно | 36 | 100 |

На прашањето дали општествената заедница придонесува доволно за зацврстување на започнатиот инклузивен процес во градинките и во училиштата 6% даваат позитивен одговор, 58% негативен одговор, а 36% дека заедницата дава делумен придонес.

Наставниците во редовните училишта и воспитувачите во редовните градинки во однос на прифатеноста на учениците со посебни потреби во инклузивната училница во 64% сметаат дека учениците со посебни потреби се прифатени во редовната училница, 1% смета дека не се прифатени, а 35% дека се делумно прифатени. Постои статистички значајна разлика помеѓу добиените резултати ($p=0,000$).

Се презентираат добиените резултати.

Табела број 45. Преглед од анкетен лист наменет за воспитувачи и наставници (прифатеност на учениците со посебни потреби во инклузивната училница)

| Категории | Фреквенција | Процент | χ^2 | df | p |
|-----------|-------------|---------|----------|----|-------|
| Да | 48 | 64 | 29,4 | 2 | 0,000 |
| Не | 1 | 1 | | | |
| Делумно | 26 | 35 | | | |
| Вкупно | 75 | 100 | | | |

Во врска со прашањето за прифатеноста на учениците со посебни потреби во инклузивната училница извршивме споредбена анализа на добиените резултати од анкетните листови за родителите и едукативниот кадар.

Се презентира споредбената анализа:

Табела број 46. Споредбена анализа на одговорите на родителите и едукативниот кадар во врска со прифатеноста на учениците во инклузивната училница

| | | | Одговори | | | Вкупно | χ^2 | df | p |
|------------|----------|--------------|----------|-------|---------|--------|----------|----|-------|
| | | | Да | Не | Делумно | | | | |
| Испитаници | Родители | Фреквенција | 4 | 4 | 28 | 36 | 28,980 | 2 | 0,000 |
| | | % Испитаници | 11.1% | 11.1% | 77.8% | 100.0% | | | |
| | ВО Кадар | Фреквенција | 48 | 1 | 26 | 75 | | | |
| | | % Испитаници | 64.0% | 1.3% | 34.7% | 100.0% | | | |
| Вкупно | | Фреквенција | 52 | 5 | 54 | 111 | | | |
| | | % Испитаници | 46.8% | 4.5% | 48.6% | 100.0% | | | |

Од добиените резултати заклучуваме дека 48,6% од испитаниците сметаат дека децата со посебни потреби се делумно прифатени во инклузивната училишница. Постои статистички значајна разлика помеѓу добиените резултати.

Во врска со стратегискиот принцип за промени – востановување популациски базирана поддршка од отворените прашања од анкетниот лист наменет за родителите, се презентираат потреби за промени, и тоа: поширока кампања за прифаќање на разликите, отворање дневни центри за згрижување кои ќе обезбедат активно учество на родителот во рехабилитацијата, психолошка помош (семејна терапија) за семејствата на децата со посебни потреби. Наведуваме одредени одговори:

– „Финансиска поддршка (позитивни лекари да ги набавуваме на позитивна листа во нашата држава, а не како досега во странство со цени кои се превисоки за нашиот буџет)“.

– „Засега ништо не е преземено, ја постоа се!!!“

Воспитувачите и наставниците наведуваат потреби од промени, и тоа: разговор со родителите за време на упис, изготвување брошури од искуствата при работата со овие деца.

Професионалците од стручниот тим од Заводот наведуваат потреби од: соработка со здруженија на родители и невладини организации, организирана обврзувачка законски регулирана соработка со градинките и со училиштата, донесување обврзувачка законска регулатива за контрола над децата родени со ризик-фактор за следење во тек на развојниот период, законска регулатива за организирана меѓуинституционална соработка со други здравствени, социјални институции, училишта, градинки, статистичка обработка на податоци – регистри на деца со одредени развојни проблеми, законска регулатива за рана интервенција и инклузија.

е) Во однос на стратегискиот принцип за потреби од промени – јакнење на капацитетите со цел ефективна интервенција се презентираат резултатите од анкетните листови кои ја утврдуваат моменталната состојба во однос на одредени прашања.

Табела број 47. Преглед на резултатите од анкетниот лист за наставници и воспитувачи (инклузивното училиште/градинка како стимулативна средина за децата со посебни потреби)

| Категории | Фреквенција | Процент | χ^2 | df | p |
|-----------|-------------|---------|----------|----|-------|
| Да | 40 | 53 | 13,8 | 2 | 0,001 |
| Не | 7 | 9 | | | |
| Делумно | 28 | 37 | | | |
| Вкупно | 75 | 100 | | | |

Во врска со прашањето од анкетниот лист наменет за наставници и воспитувачи на деца со развојни проблеми дали инклузивното училиште/градинка претставува стимулативна средина за децата со посебни потреби, 53% од испитаниците даваат позитивен одговор, 9% негативен одговор, а 37% укажуваат дека инклузивната градинка т.е. училиште претставува делумно стимулативна средина. Постои статистички значајна разлика помеѓу добиените резултати ($p=0,001$).

Табела број 48. Преглед на резултатите од анкетниот лист за наставници и воспитувачи (услови за спроведување на инклузивниот процес)

| Категории | Фреквенција | Процент | χ^2 | df | p |
|-----------|-------------|---------|----------|----|-------|
| Да | 17 | 23 | 5,4 | 2 | 0,067 |
| Не | 19 | 25 | | | |
| Делумно | 39 | 52 | | | |
| Вкупно | 75 | 100 | | | |

Во врска со прашањето за постоењето услови за спроведување на инклузивниот процес 17% укажуваат дека постојат услови, 19% дека не постојат услови, а 39% од испитаниците дека постојат делумни услови за спроведување на инклузивниот процес.

Табела број 49. Преглед на резултатите од анкетниот лист за наставници и воспитувачи (подготвеност за спроведување настава)

| Категории | Фреквенција | Процент | χ^2 | df | p |
|-----------|-------------|---------|----------|----|-------|
| Да | 23 | 31 | 2,0 | 2 | 0,367 |
| Не | 19 | 25 | | | |
| Делумно | 33 | 44 | | | |
| Вкупно | 75 | 100 | | | |

На прашањето дали се чувствуваат подготвени за спроведување на настава со децата со посебни потреби, 31% од испитаниците се чувствуваат подготвени, 25% не се чувствуваат подготвени, а 44% се делумно подготвени за спроведување на наставата.

Табела број 50. Преглед на резултатите од анкетниот лист наменет за родители (потребна помош од стручен соработник (дефектолог) во процесот на усвојување на воспитнообразовните содржини)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 34 | 94 |
| Не | 2 | 6 |
| Делумно | 0 | 0 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Во однос на прашањето дали на нивното дете му е потребна помош од стручен соработник (дефектолог) во процесот на усвојување на воспитнообразовните содржини 94% од родителите даваат позитивен одговор, а 6% негативен одговор.

Табела број 51. Преглед на резултатите од анкетниот лист наменет за родители (потреба од сервисни служби кои ќе обезбедуваат одредени услуги и во домашни услови)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 16 | 44 |
| Не | 14 | 39 |
| Делумно | 6 | 17 |
| Вкупно | 36 | 100 |

На прашањето за постоењето на потреба од сервисни служби кои ќе обезбедуваат одредени услуги и во домашни услови 44% од испитаниците даваат потврден одговор, 39% негативен одговор, а 17% укажуваат дека постои делумна потреба од служба која ќе нуди раноинтервентни услуги во домашна средина.

Табела број 52. Преглед на резултатите од анкетниот лист наменет за родители (задоволство од поддршката од службите за рана интервенција и третман)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 26 | 72 |
| Не | 3 | 8 |
| Делумно | 7 | 20 |
| Вкупно | 36 | 100 |

Во однос на постоењето задоволство од поддршката која ја нудат службите за рана интервенција и третман, 72% или 26 од 36 испитаници се задоволни од поддршката, 8% или 3 од 36 испитаници не се задоволни, а 20% или 7 од 36 испитаници се делумно задоволни од поддршката на сервисните служби за рана интервенција.

Професионалците од стручниот тим од Заводот на прашањето дали моделот на рана интервенција кој се спроведува во нивната установа нуди квалитетни услуги на корисниците, 85% од испитаниците даваат потврден одговор, а 15% укажуваат дека моделот за рана интервенција нуди делумно квалитетни услуги.

Табела број 53. Преглед на резултати од анкетен лист за стручен тим од ЗМЗ (дали моделот на рана интервенција нуди квалитетни услуги на корисниците)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 17 | 85 |
| Не | 0 | 0 |
| Делумно | 3 | 15 |
| Вкупно | 20 | 100 |

Преку одговорите на отворените прашања се добива увид во потребните промени во сферата на јакнење на капацитетите со цел ефективна интервенција.

Воспитувачите од градинките и наставниците од училиштата укажуваат на промени, и тоа: јакнење на комуникацијата и контактите помеѓу институциите и воспоставување култура за континуирана соработка.

Професионалците од стручниот тим на заводот укажуваат на потреби од: развивање служби за рана детекција на терен во градинките и во училиштата, отворање ресурсни центри во други градови на земјата под супервизија на Заводот каде што би се вршеле третмани и кои би биле поблиску до местото на живеење на пациентите со што би се зголемила и ефикасноста на третманот, возобновување на соработката со породилиштата во РМ со континуирано следење на развојот на децата родени со ризик-фактор – царски рез, форцепс, вакуум, зголемен билирубин, предвремено родени деца итн.

Потребите од промени се нагласуваат кај сите учесници во процесот на рана интервенција и инклузија.

Табела број 54. Преглед на резултати од анкетен лист за наставници од училишта и воспитувачи од градинки (потреби од промени во процесот на рана интервенција и инклузија со цел поголема поддршка)

| Категории | Фреквенција | Процент | χ^2 | df | p |
|-----------|-------------|---------|----------|----|-------|
| Да | 56 | 75 | 31,1 | 2 | 0,000 |
| Не | 3 | 4 | | | |
| Делумно | 16 | 21 | | | |
| Вкупно | 75 | 100 | | | |

– 75% или 56 од 75 испитаници укажуваат на потреби од промени во системите за рана интервенција и инклузија со цел поголема поддршка на децата со посебни потреби,

– 4% или 3 од 75 испитаници не пројавуваат потреби за промена,

– 21% или 16 од 75 испитаници имаат потреба од делумни промени.

Табела број 55. Преглед на резултати од анкетен лист наменет за родители (потреба од промени во процесот на рана интервенција и инклузија со цел поголема ефикасност на системот на поддршка)

| Категории | Фреквенција | Процент | χ^2 | df | p |
|-----------|-------------|---------|----------|----|-------|
| Да | 22 | 61 | 5,74 | 2 | 0,057 |
| Не | 8 | 22 | | | |
| Делумно | 6 | 17 | | | |
| Вкупно | 36 | 100 | | | |

Резултатите од анкетниот лист за родители на деца кои се корисници на услугите од системот за рана интервенција во Заводот за ментално здравје, а се инклюдирани во редовните градинки или училишта укажуваат:

– кај 61% или 22 од 36 испитаници постојат потреби за промени,

– кај 22% или 8 од 36 испитаници нема потреби за промени,

– кај 17% или 6 од 36 испитаници постојат потреби за делумни промени.

Табела број 56. Анкетен лист за стручниот тим од Заводот за ментално здравје (потреба од промени во моделот на рана интервенција кој се спроведува во вашата установа)

| Категории | Фреквенција | Процент |
|-----------|-------------|---------|
| Да | 11 | 55 |
| Не | 3 | 15 |
| Делумно | 6 | 30 |
| Вкупно | 20 | 100 |

Во однос на професионалците од стручниот тим резултатите од анкетниот лист укажуваат:

- 55% или 11 од 20 испитаници имаат потреби од промени во системот за рана интервенција,
- 15% или 3 од 20 испитаници не пројавуваат потреби за промени,
- 30% или 6 од 20 испитаници имаат потреба од делумни промени во системот за рана интервенција.

Во врска со ова прашање извршивме споредбена анализа на добиените резултати од испитаниците.

Се презентираат добиените резултати:

Табела број 57. Споредбена анализа на одговорите на едукативниот кадар, на родителите и на стручниот тим

| | | | Одговори | | | Вкупно | χ^2 | df | p |
|------------|----------------|--------------|----------|-------|---------|--------|----------|----|-------|
| | | | Да | Не | Делумно | | | | |
| Испитаници | Наставен кадар | Фреквенција | 56 | 3 | 16 | 75 | 10,278 | 4 | 0,036 |
| | | % Испитаници | 74.7% | 4.0% | 21.3% | 100.0% | | | |
| | Родители | Фреквенција | 22 | 8 | 6 | 36 | | | |
| | | % Испитаници | 61.1% | 22.2% | 16.7% | 100.0% | | | |
| | Стручен тим | Фреквенција | 11 | 3 | 6 | 20 | | | |
| | | % Испитаници | 55.0% | 15.0% | 30.0% | 100.0% | | | |
| Вкупно | | Фреквенција | 89 | 14 | 28 | 131 | | | |
| | | % Испитаници | 67.9% | 10.7% | 21.4% | 100.0% | | | |

Од добиените резултати се увидува дека најголем дел од испитаниците или 67,9% укажуваат дека постојат потреби од промени во системот за рана интервенција и инклузија. Заклучуваме дека ни се потврдува хипотезата за постоење потреби за промени бидејќи разликата помеѓу добиените резултати е статистички значајна. На ниво на значајност од 0,05 вредноста за $p=0,036$.

Од деталната анализа на потребите за промени во однос на сите наведени стратегиски принципи во процесот на промени, и тоа:

- за соодветната распределба на улогите и на активностите меѓу професионалците од службите и корисниците на услуги,
- за добрата организираност и управување со системот,
- за евалуација на резултатите од третманот и ефективноста на применетите постапки,
- во врска со постоењето култура за постојано усовршување,
- поголема мотивација на професионалците,
- востановување популациски базирана поддршка и
- јакнење на капацитетите со цел ефективна интервенција,

се заклучува дека постојат јасно дефинирани потреби за промени во системите за рана интервенција и инклузија и кај професионалците од службите и кај корисниците на услугите од сервисните служби во согласност со процесот на модернизација кој ги зафаќа сите сфери на инклузивното општество.

IV ЗАКЛУЧОЦИ

Согласно поставените цели на истражувањето и врз основа на анализата на резултатите се утврди дека:

- Во системот за рана интервенција кој е предмет на нашето истражување застапен е *мултидимензионалниот семејно поврзан модел на рана интервенција* каде што во предвид се земаат влијанијата на поголем број фактори врз развојот на детето и каде што семејството се гледа како помошник на професионалецот, во кој имаат доверба во однос на спроведување на однапред одредените интервенции во процесот на процена во врска со подобрување на развојниот исход на детето со посебни потреби.

Во текот на создавањето и примената на интервентната програма се применуваат постапки со кои се дејствува врз менталното здравје на децата преку користење на капацитетите на потесната и на пошироката средина.

Во однос на тимската соработка, во процесот се применува одредена *форма на транскдисциплинарниот модел на тимска интеракција* каде што постои флексибилност, а услугите на сервисната служба за рана интервенција се насочуваат кон семејството.

Заклучуваме дека ни се потврдува општата хипотеза.

- 59% од развојните проблеми во текот на четирите последователни години од 2006-2009 кои се обработени во нашето истражување се детектираат на возраст од пет до шест години или во периодот пред тргнување на училиште со што не се потврдува нашата хипотеза дека развојните проблеми се детектираат во периодот до третата година.

- Од резултатите во нашето истражување утврдуваме дека:
 - кај 55% или 106 од 192 испитаници развојните проблеми се детектирани во Заводот за ментално здравје;

- кај 23% или 45 од 192 испитници развојните проблеми се детектирани во училиште;
- кај 17 % или 32 од 192 испитници развојните проблеми се детектирани во градинка;
- кај 5% или 9 од 192 испитници развојните проблеми се детектирани во други установи.

Од презентираниите резултати заклучуваме дека се потврдува нашата претпоставка дека детекцијата на развојните проблеми најчесто се случува во установата т.е. во Заводот за ментално здравје на деца и младици. Разликата помеѓу добиените резултати е статистички значајна ($p=0,000$).

- Најмалата возраст на која започнал третманот кај 5% од примерокот на деца со развојни проблеми е на возраст од две до три години со што се потврдува нашата претпоставка.

Загрижува фактот што само кај 5% од децата третманот започнал на возраст од две до три години, а голем е процентот на деца кај кои третманот започнува дури по петтата година од животот (60% или 115 од 192 испитници). Кога третманот започнува подоцна се губи драгоцено време за стимулирање на развојните способности во „критичниот“ период на детскиот развој кога пластичноста на централниот нервен систем е најголема и се постигнуваат поголеми ефекти од раната стимулација.

- Дефектологот има јасно дефинирана улога во системот на рана интервенција.

Дефектологот има значајна улога во сите аспекти на раната интервенција (превенција, детекција, дијагностика, следење и третман).

Во системот кој е предмет на нашето истражување, посебно во однос на раниот третман дефектологот има водечка улога.

- Не постои законски акт кој детално ја структурира раната интервенција, проодноста во системот и меѓуинституционалната соработка.

Парцијалното решавање на проблематиката на раната интервенција влијае на исходот од интервенциите. Поради непостоење законска регулатива која целосно ќе ги утврди програмската, структурната, организациската и функционалната поставеност се јавуваат голем број нерешени прашања на кои треба да се стави акцент и фокус со цел следење на современите текови и подобрување на интервенцискиот исход.

Заклучуваме дека се потврдува нашата претпоставка за непостоење законски акти кои го регулираат процесот на рана интервенција и меѓуинституционална соработка.

- ◆ Споредбената анализа на резултатите од анкетните листови наменети за стручниот тим од Заводот и за стручниот кадар од градинките и од училиштата во однос на прашањето за постоење организирана соработка укажува на фактот дека најголем дел од испитаниците или 50,5% посочиле дека постои делумна меѓуинституционална соработка.

Од презентираниите резултати доаѓаме до заклучок дека се отфрла нашата претпоставка за постоење организирана мрежна меѓуинституционална соработка во врска со посебните потреби на детето и неговото семејство во рамките на системот за рана интервенција и инклузија.

Во нашето истражување ставивме акцент и на утврдувањето на начините на кои се организира и како би требало да се постави во иднина соработката и каде да се лоцираат пречките во соработката.

Од добиените податоци заклучуваме дека едукативниот кадар од градинките и од училиштата прецизно ги дефинира проблемите во меѓуинституционалната соработка и начините за нејзино организирање на едно повисоко ниво.

Од резултатите се согледува дека воспитнообразовниот кадар најчесто воспоставува контакт со стручниот тим од Заводот за ментално здравје кога ќе се појави некоја потреба или проблем во текот на инклузивниот процес на одредено дете со посебни потреби. Заклучуваме дека средбите по потреба (48%) и неформалните контакти (21%) укажуваат на потреба од структурирање на меѓуинституционалната соработка и подигнување на повисоко ниво со цел подобрување на исходот од раната интервенција и инклузија кај детето со посебни потреби.

Дефектологот се доживува како „олеснувач“ во комуникацијата и соработката на сите нивоа, па затоа и е оправдан процесот кој е веќе започнат за збогатување на стручните тимови во градинките и во училиштата со дефектолози чијашто дејност ќе се одвива во насока на подобрување на поддршката во инклузивната едукативна средина.

- Нашата претпоставка за постоење изграден партнерски однос и утврдена активна улога на родителите во спроведувањето на раноинтервентната постапка не се потврдува.

Во врска со прашањето за постоењето изграден партнерски однос родител – професионалец, преку споредбата на одговорите на родителите и на професионалците од стручниот тим од Заводот согледуваме дека најголем процент од испитаниците укажуваат дека постои изграден партнерски однос (60,7%), но помеѓу добиените одговори не постои статистички значајна разлика ($p=0,11$).

Од извршената споредбена анализа на одговорите на воспитнообразовниот кадар и стручниот тим во врска со нивниот однос со родителите согледуваме дека најголем дел или 49,5% од испитаниците укажуваат дека постои изграден партнерски однос со родителите на децата со посебни потреби. Не постои статистички значајна разлика бидејќи вредноста на $p=1,0$.

Од добиените резултати во нашето истражување се заклучува дека постои соработка со родителите на децата со посебни потреби, но сепак делумна. Со цел градење и одржување на партнерскиот однос каде што постои поделба на улогите во процесот на рана интервенција и инклузија потребно е да се вложи поголем напор од обете страни преку изнаоѓање на начини за зајакнување на соработката со цел соодветна поддршка на децата со посебни потреби.

- Од добиените резултати заклучуваме дека ни се потврдува претпоставката за делумна примена на асистивната технологија во процесот на рана интервенција.

Стручниот кадар е свесен за постоењето потреба од примена на асистивна технологија и се чувствува подготвен за нејзина примена.

- Од деталната анализа на потребите за промени во однос на сите наведени стратешки принципи во процесот на промени и, тоа:

- за адекватната распределба на улогите и активностите меѓу професионалците од службите и корисниците на услуги,
- за добрата организираност и управување со системот,
- за евалуација на резултатите од третманот и ефективноста на применетите постапки,
- во врска со постоењето на култура за постојано усовршување,
- поголема мотивација на професионалците,
- востановување на популациски базирана поддршка и
- јакнење на капацитетите со цел ефективна интервенција,

заклучуваме дека постојат јасно дефинирани потреби за промени во системите за рана интервенција и инклузија и кај професионалците од службите и кај корисниците на услугите од сервисните служби во согласност со процесот на модернизација кој ги зафаќа сите сфери на инклузивното општество.

Од добиените резултати се увидуваме дека најголем дел од испитаниците или 67,9% укажуваат дека постојат потреби од промени во системот за рана интервенција и инклузија. Заклучуваме дека ни се потврдува хипотезата за постоење потреби за промени бидејќи разликата помеѓу добиените резултати е статистички значајна. На ниво на значајност од 0,05 вредноста за $p=0,036$.

V ПРЕДЛОЗИ

Врз основа на анализата на резултатите од истражувањето, како и врз основа на изведените заклучоци, ги истакнуваме следните предлози:

- ❖ Промени во системот на рана интервенција и инклузија.
- ❖ Изработка на национална стратегија за рана интервенција.
- ❖ Изготвување законска регулатива и ставање во законски рамки на процесот на рана интервенција и инклузија.
- ❖ Покрај постојните, развивање нови педијатриски центри или служби за следење на развојот.
- ❖ Прераснување на Заводот за ментално здравје во републичка установа која ќе ги координира услугите кои ќе ги нудат сервисните служби за рана интервенција на регионално ниво.
- ❖ Развивање служби за поддршка во домашни услови.
- ❖ Развивање служби за поддршка на локално ниво.
- ❖ Професионално усовршување на стручните профили кои се движечка сила на системот на рана интервенција и инклузија.
- ❖ Користење на позитивните искуства од другите земји во однос на структурирање на системот за рана интервенција и инклузија.
- ❖ Донесување законски акти кои за цел ќе имаат задоволување на потребите на секој корисник на услуги во системот за рана интервенција и инклузија, и тоа:
 - Семеен сервисен план.
 - Национален куриулум.

- Акт за едукација.
- Код на практика за посебните едукативни потреби.
- Едукациски акт за индивидуите со попреченост.

- ❖ По примерот на државите кои имаат развиени системи за рана интервенција воспоставување систем за рана интервенција кој треба да ги исполни следните критериуми:
 - Да го дефинира развојното задоцнување.
 - Да воспостави државна политика која обезбедува адекватна рана интервенција за сите деца со попреченост и нивните семејства.
 - Обезбедува мултидисциплинарна евалуација на функционирањето на секое дете со развоен проблем.
 - Овозможува семејството на детето кое е корисник на услугите на системот на рана интервенција да ги одреди сопствените приоритети.
 - Обезбедува процес за имплементација на семејниот сервисен план кој вклучува координација на службите.
 - Развива систем за рана детекција.
 - Дизајнира и имплементира систем за професионален развој.
 - Воспоставува полиси и процедури за професионални стандарди.
 - Воспоставува централен регистар на податоците за децата со развојни проблеми.
 - Развива авторитетна водечка агенција која врши координација со локалните сервисни служби.
 - Воспоставува процедури за дополнување на фондовите.
 - Структурира податоци потребни за програмите за рана интервенција.
 - Дефинира процедури со кои раната интервенција ќе се одвива во природна средина, а во оние случаи каде не постојат услови ќе се обезбеди средина која максимално ќе ги задоволи потребите во процесот на рана интервенција.
 - Воспоставува државен совет за интерагенциска координација кој е составен од родители, претставници на владата, претставници од агенциите и сервисните служби за рана интервенција.
- ❖ Организирана и обврзувачка законски структурирана меѓуинституционална соработка.

- ❖ Достапност на предучилишните установи за децата со развојни проблеми во рамките на инклузијата на децата со посебни потреби.
- ❖ Овозможување флексибилно образование приспособено на индивидуалните потреби и способности на секое дете.
- ❖ Вработување стручни лица дефектолози во рамките на стручните тимови во секое училиште, а не само локално или регионално ниво.
- ❖ Развивање култура за професионално надоградување и усовршување на професионалците од службите за рана интервенција и инклузија.
- ❖ Поголема достапност и отвореност на службите од социјален, здравствен и образовен карактер.
- ❖ Модернизација и примена на асистивна технологија во системот за рана интервенција.
- ❖ Модернизација и примена на асистивна технологија во системот на инклузија.

ЛИТЕРАТУРА

1. Antia, S. D., 1999. The roles of special educators and classroom teachers in an inclusive school. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 4/3, p.p. 203-214.
2. Арнаудова, В., Такашманова-Соколовска, Т. и Јачова, З., 2004. Врснички интеракции во паралелки со примена на концептот за инклузивно образование. *Дефектолошка теорија и практика*, бр. 1/2, 87-98.
3. Bavin, J., 1997. Parent's Problems. In: R. N. Finnie, ed. 2003. *Handling the Young Child with Cerebral Palsy at Home*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann, p.p.18-33.
4. Bagnato, S. J., Neisworth, J. T. and Munson, S. M., 1993, Sensible strategies for assessment in early Intervention chapter seven. D. M. Bryant, M. A. Graham, eds. 2000. *Implementing early intervention: From research to effective practice*. New York: The Guilford Press, p.p. 148-156.
5. Barnes, S., 2000. An LEA perspective on parental involvement. S. Wolfendale, J. Bastiani, eds. 2000. *The Contribution of Parents to School Effectiveness*. London: David Fulton Publishers, p.p.69-82.
6. Bartholomew, L., 1996. Working in a team, S. Robson, S. Smedley, eds. 1997. *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p.47-55.
7. Befring, E., 2001. The Enrichment Perspective: A Special Educational Approach to an inclusive School. B. H. Johnsen, M. D. Skjorten, eds. 2001. *Towards Inclusion Book no 1 Education - Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag, p.p. 49-64.
8. Галевска-Ангелоска, Н. 2008. *Планирање на научнојо исјражување*. Скопје: Филозофски факултет, необјавен материјал.
9. Галевска-Ангелоска, Н., 1998. *Квалитативни исјражувања во воспитанието и образованието*. Битола: Киро Дандаро.
10. Gura, P., 1996. Roles and relationships. S. Robson, S. Smedley, eds. 1999. *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p. 29-46.
11. Guralnick, M., 1978. *Early Intervention and the Integration of Handicapped and Nonhandicapped Children*. USA: Pro Ed.
12. Guralnick, M. J. ed., 2005a. The Developmental Systems Approach to Early Intervention. [online] достапно на: <http://www.brookespublishing.com/store/books/guralnick-7977/> [посетено на 10 октомври 2010].
13. Guralnick, M. J. ed., 2005b. *The Developmental Systems Approach to Early Intervention*, New York: Paul H. Brookes Publishing Co.
14. Devereux, J., 1996. What we see depends on what we look for: observation as a part of teaching and learning in the early years. S. Robson, S. Smedley, eds. 1999. *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p. 75-86.

15. Djokic, D., 2008. Evropski modeli inkluzije. [online] достапно на: http://inkluzija.org/index.php?option=com_content&view=article&id=154:evropski-modeli-inkluzije&catid=29:primeri-dobre-prakse&Itemid=19 [посетено на 10 мај 2010].
16. Donath Skjorten, M., 2001. Towards Inclusion and Enrichment. B. H. Johnsen, D. M. Skjorten, eds. 2001. *Towards Inclusion Book no 1 Education-Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag, p.p.23-48.
17. Emde, R. N., Robinsom J., 2000. Guiding Principles for a Theory of Early Intervention: A Developmental-Psychoanalytic Perspective. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p. 160-179.
18. Заводот за ментално здравје на деца и младинци "Младост"-Скопје. 2010. [online] достапно на: <http://zds.com.mk/mladost.html> [посетено на 21 март 2011].
19. Закон за здравствена заштита (пречистен текст). 1997. Службен весник на РМ бр. 38/91; У. суд - 73/92; 46/93 и 55/95 и пречистен текст - 17/97 од 10 април 1997 год. [online] достапно на: <http://www.mlrc.org.mk/cd.htm> [посетено на 15 февруари 2011].
20. Закон за социјална заштита. 1997. Службен весник на РМ бр. 50/97 03 октомври 1997 год. [online] достапно на: <http://www.mlrc.org.mk/cd.htm> [посетено на 15 февруари 2011]
21. Јачова, З., Самарџиска-Панова, Љ.Лешковски, И. и Ивановска, М., 2002. *Инклузија на децата со посебни потреби во редовните училишта во Република Македонија*. Скопје: Графохартија.
22. Јачова, З., 2002. Придонесот на индивидуалните образовни планови во подигањето на стандардите за учениците со посебни образовни потреби. *Образовни рефлексии*, Скопје, бр. 2/3, 5-10.
23. Јачова, З., 2004. Инклузивното образование на децата со посебни потреби во Република Македонија. *Дефектолошка теорија и практика*, Скопје, бр. 1/2, 35-46.
24. Јачова, З., 2005а. Соработката со родителите во рамките на раната интервенција кај слушно оштетените деца како основен предуслов за избор на моделот на едукација. *Образовни рефлексии*, Скопје, бр. 4, 66-71.
25. Јачова, З., 2005. *Анализа на ставовите на наставниците од основните училишта кон инклузивниот процес*. Скопје, необјавен материјал.
26. Jacova, Z., 2007. International Perspectives on SEN and Inclusion. *British Journal of Learning Support*, vol. 22-2, p.p. 50-51.
27. Johnsen, B.H., 2001a. Curricula for the Plurality of Individual learning Needs Some thoughts concerning Practical Innovation towards an Inclusive Class and School. B. H. Johnsen, M. D. Skjorten, eds. 2001. *Towards Inclusion Book no 1 Education - Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag, p.p. 255-304.

28. Johnsen, B.H., 2001b. National Perspective: The Situation in Norway. B.H. Johnsen, M. D. Skjorten, eds. 2001, *Towards Inclusion Book no 1 Education - Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag. p.p. 150-155.
29. Karoly, L. A., 2006. *Early Childhood Intervention: Proven Results, Future Promise*. USA: Rand Publishing.
30. Каровска, А., Јачова З., 2006. Транзициите на децата со попреченост од сервисите за рана интервенција во редовните инклузивни училишта. *Дефектолошка теорија и практика*, Скопје, бр. 3/4, 37-44.
31. Keilty, B., 2009. *The Early Intervention Guidebook for Families and Professionals: Parenting for Success (Practitioners Bookshelf, Language & Literacy)*. USA: Teachers College Press.
32. Kilgo, J. L., 2006. *Transdisciplinary Teaming in Early Intervention/Early Childhood Special Education: Navigating Together with Families and Children*. USA: ASSN for Childhood Education Intl.
33. Kosicek, T., Kobetic, D., Stancic, Z. i Jokobic Oreb, I., 2009. Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 45, br. 1, 1-14.
34. Кохлер, Г. Ј., Егелкраут, Х. Д., 2004. *Минхенска функционална развојна дијагностика за 2-3 годишна возраст*. Минхен: Институт за социјална педијатрија и медицина за млади на Универзитетот Минхен.
35. Kranowitz, C., Miller, J. L., 2006. *The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory processing disorder*. USA: Perigee Trade.
36. Lacey, P., 1998. Multidisciplinary teamwork. C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds. 1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p.219-231.
37. Leigh, I. W., 1999. Inclusive Education and personal development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 4/3, p.p. 236-245.
38. Lillas, C., Turnbull, J. 2009. *Infant/Child Mental Health, Early Intervention and Relationship-Based Therapies: A Neurorelational Framework for Interdisciplinary Practice*. USA: W. W. Norton & Company.
39. Long, P., 1996. Special educational needs. S. Robson, S. Smedley, eds.1999, *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p. 123-152.
40. Marvin, C., 1998. Individual and whole class teaching. C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds.1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p.138-156.
41. Mash, E. J., Barkley, R. A., 2002. *Child Psychopathology*. USA: The Guilford Press.
42. Maxwell, S., 1996. Meaningful interaction. S. Robson, S. Smedley, eds.1999, *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p. 87-104.

43. Meisels, J. S., Atkins-Burnett S., 2000. The Elements of Early Childhood Assessment. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p. 231-258.
44. Ministar Turkušić, E., 2005. Predmet: Djeca s posebnim potrebama u mlađim razredima osnovne škole-važne informacije i preporuke nastavnicima razredne nastave. Tim stručnjaka za inkluzivni pristup odgoju i obrazovanju. eds. 2005. Sarajevo: Ministarstvo obrazovanja i nauke Federacija Bosne i Hercegovine Kanton Sarajevo [online] достапно на: <<http://www.dl.mef.unsa.ba/start/Portals/0/INKLUZIJA.doc>> [посетено на 10 јануари 2011].
45. Ministarstvo prosvjete i nauke podgorica, 2008. *Strategija inkluzivnog obrazovanja u Crnoj Gori*. [online] достапно на: <<http://www.mpin.gov.me/files/1211965409.doc>> [посетено на 15 мај 2010].
46. Moeller, M. P., 2001. Intervention and Outcomes for Young Children Who are Deaf and Hard of Hearing and Their Families. E. Kurtzer-White, D. Luterman, eds. 2001. *Early Childhood Deafness*. Baltimore: York Press, Inc, p.p.109-138.
47. Mustać, V., Vicić, M., 1996. *Rad s učenicima s teškoćama u razvoju u osnovnoj školi*. Zagreb: Školska knjiga .
48. McWilliam, R. A., 2010. *Routines-based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families*. USA: Paul H. Brookes Pub Co.
49. Новачевска, И., Димчевска, И., Павловска, С., Чичевска-Јованова, Н., Димитрова-Радојичиќ, Д., 2011. Инклузивната култура во предучилишните установи. *Дефектолошка теорија и практика*, Скопје, Vol. 12, бр. 1-2, 7-16.
50. Obrazovanje za sve. 2008. Strategija Ministarstva prosvete Republike Srbije za period 2005–2010-Dostupnost obrazovanja-Kvalitetno obrazovanje za sve- Demokratizacija procesa obrazovanja. [online] достапно на: <<http://www.inkluzija.org>> Mini-kursevi> [посетено на 15 јуни 2010].
51. Odom, S. L., McLean, M. E., 1996. *Early Intervention/Early Childhood Special Education: Recommended Practices*. USA: Pro Ed.
52. O’Hanlon, A., Kosky, R., Graham, M., Dundas, P., and Davis, C., 2000. Model Projects for Early Intervention in the Mental Health of Young People, Reorientation of Services. Project of Auseinet The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People. [online] достапно на: <http://auseinet.flinders.edu.au> [посетено на 10 февруари 2011].
53. Ouklender, V., 1996. *Put do dječjeg srca*. Zagreb: Školska knjiga.
54. Parents, Let's Unite for Kids (PLUK) in cooperation with The Federation for Children with Special Needs. 1997. Family Guide to Assistive Technology. [online] достапно на: <<http://www.pluk.org/AT1.html>> [посетено на 11 септември 2010].
55. Правилник за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или психичкиот развој. 2000. *Службен весник на Република Македонија*, стр. 1776-Бр. 30.

56. Pretti-Frontczak, K., Bricker, D. D., 2004. *An Activity Based Approach to Early Intervention*. USA: Brookes Publishing Company.
57. Raver, S. A., 2008. *Early Childhood Special Education 0-8 Years: Strategies for Positive Outcomes*. USA: Prentice Hall.
58. Robson, S., 1996. Home and school: a potentially powerful partnership. S. Robson, S. Smedley, eds. 1999. *Education in early childhood*. London: David Fulton Publishers, p.p. 56-74.
59. Roffey, S., 1999a. Introduction. S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p.1-12.
60. Roffey, S., 1999b. Roles and Responsibilities: Who Does What? S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 29-52.
61. Roffey, S., 1999c. Early Identification and Communication with parents and carers. S. Roffey, ed.1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 53-69.
62. Roffey, S., 1999d. Joint Planning for Children with Identified Needs. S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 73-96.
63. Rose, R., 1998. A vehicle for inclusion or a lever for exclusion? C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds. 1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p.27-38.
64. Roush, J., 2001. Staying Family-Centered. E. Kurtzer-White, D. Luterman, eds. 2001. *Early Childhood Deafness*. Baltimore: York Press, Inc, p.p. 49-62.
65. Samerof, J. A., Fiese H. B., 2000. Transactional regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p.135-159.
66. Skogen, K., 2001. Innovation for Inclusion-an Introduction to the Process of Change. B. H. Johnsen, M. D. Skjorten, eds. 2001, *Towards Inclusion Book no 1 Education - Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag, p.p. 325-358.
67. Steele, J., 1998. Routes to inclusion. C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds. 1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p. 203-218.
68. Stephens, C. L., Tauber, K. S., 2001. Early Intervention. J. Case-Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc, p.p. 708-730.
69. Shareef, J., Gonzalez-Mena, J., 2008. *Practice in Building Bridges: Companion Resource to Diversity in Early Care and Education*. USA: NAEYC.
70. Sheridan, M. K., Foley, G. M., Radlinski, S. H., 1995. *Using the Supportive Play Model: Individualized Intervention in Early Childhood Practice*. USA: Teachers College Press.
71. Schwartz, S., 1996. Computer Technology and Language Learning. S. Schwartz, J. E. Heller Miller, eds.1996. *The New Language of Toys Teaching Communication Skills to Children with Special Needs A Guide for Parents and Teachers*. USA: Woodbine House, p.p. 239-246.

72. Swint, Y., 2001. Assistive technology: Computers and Augmentative Communication. J. Case-Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc, p.p. 571-605.
73. Thurman, S. K., Cornwell, J. R., Gottwald, S., 1996. *Contexts of Early Intervention: Systems and Settings*. USA: Paul H. Brookes Publishing Company.
74. UNESCO 1994. *The Salamanca World Conference Declaration*. Paris: UNESCO.
75. U.S. Department of Education. 2000. What Is Early Intervention? [online] достапно на: <http://www.kidsource.com/kidsource/content/early.intervention.html> [посетено на 15 август 2010].
76. Finnie, R. N., 1997. The Importance of Communication-Parents and Professionals. R. N. Finnie, ed. 2003. *Handling the Young Child with Cerebral Palsy at Home*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann, p.p. 3-7.
77. Florian, L. Rose, R., Tilstone, C., 1998. Promoting inclusive practice. C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds.1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p. 1-9.
78. Florian, L., 1998. Inclusive practice, What, why and how? C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds.1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p.13-26.
79. Harms, T., Cryer, D., Clifford, R. M., 2006. *Infant/Toddler Environment Rating Scale*. USA: Teachers College Press.
80. Hawkins, P., Shohet, R., 2007. *Supervision in the Helping Professions*. USA: Open University Press.
81. Henning, R., 2001. Helping Children and Families with Special Needs: A Resource-Oriented Approach. B. H. Johnsen, M. D. Skjorten, eds. 2001. *Towards Inclusion Book no 1 Education-Special Needs Education An Introduction*. Oslo: Unipub forlag, p.p. 65-130.
82. Herr, J., Libby-Larson, Y. R., 2007. *Creative Resources for the Early Childhood Classroom*. USA: Wadsworth Publishing.
83. Heward, W. L., 2008. *Exceptional Children: An Introduction to Special Education*. USA: Prentice Hall.
84. Case-Smith, J., 2001a. An Overview of Occupational Therapy for Children. J. Case Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby Inc, p.p.2-20.
85. Case-Smith, J., 2001b. Teaming. J. Case-Smith, ed. 2001. *Occupational therapy for children*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc, p.p. 21-38.
86. Coleman, J. G., 2006. *The Early Intervention Dictionary-A Multidisciplinary Guide to Terminology*. USA: Woodbine House, Inc.
87. Conway, H. W., 2006. *Collaboration for kids: Early Intervention Tools for Schools and Communities*. USA: Aha! Process, Inc.
88. Chen, D., 1999. Early Intervention: Purpose and principles. D. Chen, ed. 1999, *Essential elements in Early Intervention*. New York: AFB Press, p.p.3-21.

89. Weintraub, H., Bacon, C., Wilcox, M., 2004. AT and Young Children: Confidence, Experience and Education of Early Intervention Providers. *Research Brief*, Vol. 1/2, Tots n Tech Research Institute [online] достапно на: < <http://tnt.asu.edu> > [посетено на 12 септември 2010].
90. Wogler, J., 1998. Managing Change. C. Tilstone, L. Florian, R. Rose, eds.1998. *Pragmatism not dogmatism-Promoting more inclusive practice*. London and New York: Routledge, p.p 78-91.
91. Wolery, M., 2000. Behavioral and Educational Approaches to Early Intervention. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press, p.p.179-201.
92. World Health Organization, 1999. *International Classification of Functioning and Disability*, ICIDH-2, Beta-2 Draft, Short Version. Geneva: WHO.
93. World Health Organization, 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.

ПРИЛОЗИ

Анкетен лист

(за воспитувачи, за наставници,
за инклузивни тимови и за служби од градинки и училишта)

Резултатите од анкетниот лист ќе ни послужат за нашето истражување во врска со анализата на сервисниот модел на рана интервенција и неговото значење како поддршка во процесот на инклузија.

| Податоци за испитаникот |
|-------------------------|
| Име и презиме |
| Образование |
| Занимање (професија) |
| Работно место |
| Институција |
| адреса / e-mail |

1. Дали постојат услови во вашето училиште за спроведување на инклузивниот процес на децата со посебни потреби?

- а) да
- б) не
- в) делумно

2. Дали се чувствувате подготвени за спроведување на инклузивната настава со децата посебни потреби?

- а) да
- б) не
- в) делумно

3. Дали чувствувате потреба од помош при процената на способностите на детето со посебни потреби, а во врска со подготовката на индивидуалниот образовен план?

- а) да
- б) не
- в) делумно

4. Доколку ви е потребна помош кој професионалец би ви понудил најголема поддршка?

- а) дефектолог
- б) логопед
- в) педагог
- г) психолог
- д) колега-наставник
- ѓ) лекар

5. Дали постои соработка со професионалците од Заводот за ментално здравје при изработката во индивидуалниот образовен план за детето со посебни потреби?

- а) да
- б) не
- в) делумно

6. Доколку постои соработка кој е начинот на соработка што се практикува?

- а) организирани индивидуални средби и контакти за секое дете со посебни потреби
- б) средби по потреба
- в) организирана посета на стручен тим од Заводот во вашата установа
- г) неформални, персонални контакти по појава на одреден проблем во текот на инклузивниот процес
- д) друг начин _____

7. Каде ги лоцирате проблемите и пречките во соработката?

8. Според вас која би била најдобрата форма на соработка со Заводот за ментално здравје?

9. Според вашето мислење, која би била најдобрата форма на остварување дополнителна помош и поддршка од дефектолог?

а) дефектолог кој заедно со наставникот ја спроведува наставата;

б) ресурсен модел – дефектолог кој би доаѓал во одреден договорен термин, би го извлекувал детето со посебни потреби од наставата и во договор со наставникот би работел со детето на одредени содржини од наставата;

в) третман (дефектолошки, логопедски) кој се изведува надвор од училиштето во одредена сервисна служба во текот на учебната година.

10. Постои ли соработка и партнерски однос со родителите околу потребите на нивните деца во инклузивната средина?

а) да

б) не

в) делумно

11. Според вашето мислење дали учениците со посебни потреби се прифатени во инклузивната училница?

а) да

б) не

в) делумно

12. Сметате ли дека инклузивното училиште претставува стимулативна средина за децата со посебни потреби?

а) да

б) не

в) делумно

13. Ви претставуваат ли службите за рана интервенција помош и поддршка во процесот на инклузија кој се одвива во вашите установи?

а) да

б) не

в) делумно

14. Според вашето мислење постојат ли потреби од промени во процесот на рана интервенција со цел поголема поддршка во инклузијата на децата со посебни потреби?

- а) да
- б) не
- в) делумно

15. Кои се вашите препораки за промени во системот на рана интервенција кој ги подготвува децата со посебни потреби за премин во инклузивната средина во вашата установа со цел да истиот ви обезбеди поголема помош и поддршка во вашата работа?

Анкетен лист

(за стручниот тим од сервисната служба)

Резултатите од анкетниот лист ќе ни послужат за нашето истражување во врска со анализата на сервисниот модел на рана интервенција и неговото значење како поддршка во процесот на инклузија.

| Податоци за испитаникот |
|-------------------------|
| Име и презиме |
| Образование |
| Занимање (професија) |
| Работно место |
| Институција |
| адреса / e-mail |

1. Според вашето мислење дали моделот на рана интервенција кој се спроведува во вашата установа нуди квалитетни услуги на корисниците на истите?

- а) да
- б) не
- в) делумно

2. Дали постои организирана соработка на вашата установа со другите служби за рана интервенција?

- а) да
- б) не
- в) делумно

3. Постои ли организирана соработка со инклузивните тимови од градинките и од училиштата кои ги посетуваат децата корисници на услугите на вашата установа?

- а) да
- б) не
- в) делумно

4. Дали постои потреба од законска регулатива која би ја олеснила соработката со другите установи, а во однос на регулирање на обврските кон установата за понудените услуги (времетраење, начин на спроведување, цена на услуга)?

а) да

б) не

5. Дали родителите на децата корисници на вашите услуги се активни учесници и партнери во спроведувањето на договорените цели и принципи?

а) да

б) не

в) делумно

6. Според вашето мислење, дали постои потреба од примена на асистивна технологија (компјутери, електронски помагала, апарати) во рамките на процената и третманот во рамките на моделот на рана интервенција кој се спроведува во вашата установа?

а) да

б) не

в) делумно

7. Дали применувате асистивна технологија во текот на спроведување на процесот на рана интервенција?

а) да

б) не

в) делумно

8. Дали се чувствувате подготвени за примена на асистивната технологија?

а) да

б) не

в) делумно

9. Дали чувствувате потреба од континуирана професионална едукација?

а) да

б) не

в) делумно

10. Дали сметате дека постои потреба од промени во моделот на рана интервенција кој се спроведува во вашата установа?

а) да

б) не

в) делумно

11. Кои се вашите предлози за позитивни промени во моделот на рана интервенција што се спроведува во вашата установа?

Анкетен лист

(за родителите на деца вклучени во раноинтервентниот модел)

Резултатите од анкетниот лист ќе ни послужат за нашето истражување во врска со анализата на сервисниот модел на рана интервенција и неговото значење како поддршка во процесот на инклузија.

| Податоци за испитаникот |
|-------------------------|
| Име и презиме |
| Образование |
| Занимање (професија) |
| адреса / e-mail |

1. Дали сте задоволни од поддршката која ја добивате од службите за рана интервенција и третман, а во однос на развојните потреби на вашето дете?

- а) да
- б) не
- в) делумно

2. Дали постои потреба од сервисни служби кои ќе обезбедуваат одредени услуги и во вашиот дом во однос на потребите на вашето дете?

- а) да
- б) не
- в) делумно

3. Дали имате активна улога во процесот на проценка на способностите на вашето дете во рамките на службата за рана интервенција?

- а) да
- б) не
- в) делумно

4. Сметате ли дека имате развиен партнерски однос со тимот на професионалци околу потребите за поддршка на вашето дете?

- а) да
- б) не
- в) делумно

5. На кој начин ги носите одлуките за развојните потреби на вашето дете и користењето на услугите од сервисните служби?

а) сами одлучувате

б) добивате поддршка околу некои одлуки

в) секогаш носите тимски одлуки заедно со професионалците кои ја спроведуваат раната интервенција

6. Дали се чувствувате подготвени за спроведување стимулативни активности со вашето дете во домашна средина?

а) да

б) не

в) делумно

7. Дали чувствувате потреба за помош и поддршка околу стимулативните активности кои би ги спроведувале вие со вашето дете во домашна средина?

а) да

б) не

в) делумно

8. Доколку чувствувате потреба за помош и поддршка околу видот на стимулативните активности кои би ги спроведувале вие со вашето дете во домашна средина, според вашето мислење кој би ви понудил најсоодветна помош?

а) педагог

б) воспитувач, наставник

в) дефектолог

г) психолог

д) лекар

9. Дали добивате насоки од професионалците околу стратегиите за работа со вашето дете во домашни услови?

а) да

б) не

в) делумно

10. Сметате ли дека на вашето дете му е потребна помош од стручен соработник (дефектолог) во процесот на спроведување и усвојување на воспитнообразовните содржини?

а) да

б) не

11. Која би била најдобрата форма на остварување на дополнителна помош и поддршка од дефектолог?

а) дефектолог кој заедно со наставникот ја спроведува наставата

б) ресурсен модел – дефектолог кој би доаѓал во одреден договорен термин, би го извлекувал детето со посебни потреби од наставата и во договор со наставникот би работел со детето на одредени содржини од наставата

в) третман (дефектолошки, логопедски) кој се изведува надвор од училиштето во одредена сервисна служба во текот на учебната година

12. Дали учениците со посебни потреби се прифатени во инклузивната училница?

а) да

б) не

в) делумно

13. Дали сметате дека општествената заедница придонесува доволно за зацврстување на започнатиот инклузивен процес во градинките и училиштата?

а) да

б) не

в) делумно

14. Според вашето мислење кои се идните активности што би требало да се преземат на национално ниво, а кои ќе придонесат во процесот на инклузија на децата со посебни потреби во редовните училишта?

15. Дали постои потреба од промени во процесот на рана интервенција со цел поголема ефикасност на системот на поддршка, а во врска со развојните потреби на вашето дете?

- а) да
- б) не
- в) делумно

16. Доколку постојат потреби од промена, ве молам посочете ги промените кои би обезбедиле поефикасни услуги во системот на рана интервенција и инклузија во однос на потребите на вашето дете и семејство?
