



УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ СКОПЈЕ

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ИНСТИТУТ ЗА СПЕЦИЈАЛНА ЕДУКАЦИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА



**ПЕРЦЕПЦИИ НА ПРОФЕСИОНАЛЦИТЕ И НА РОДИТЕЛИТЕ НА
ДЕЦА СО РАЗВОЈНИ ТЕШКОТИИ КОН РАНАТА ИНТЕРВЕНЦИЈА
ВО КОСОВО**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Ментор:

проф. д-р Александра Каровска-Ристовска

Кандидат:

Ѓултене Реткоцери-Хоџа

Скопје, 2026

СОДРЖИНА

Благодарност.....	5
Апстракт	6
Abstract.....	8
I ВОВЕД.....	9
II ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ	16
2.1. Историја на интервенцијата во раното детство во Соединетите Американски Држави	16
2.2. Историја на раната детска интервенција во Европа	17
2.3. Цели на раната детска интервенција.....	19
2.4. Критериуми за подобност за рана интервенција во детството	21
2.5. Природни средини за рана интервенција во детството	22
2.6. Скрининг и проценка.....	24
2.7. Семејно ориентирана рана интервенција во детството.....	27
2.8. Модели на рана интервенција во детството	33
2.9. Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Северна Македонија...	36
2.10. Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Албанија	37
2.11 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Црна Гора	38
2.12. Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Хрватска	39
2.13 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Србија.....	40
2.14 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во БИХ.....	41
2.15 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Косово.....	42
III МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	45
3.1 Цел на истражувањето и истражувачки прашања.....	46
3.2 Методи и пристап на истражување	48
3.3 Истражувачки техники.....	52
3.4 Истражувачки инструменти	52
3.5 Примерок и временска рамка	53
3.6 Анализа на податоци	54
3.7 Етички разгледувања.....	55
IV РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО И АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ	56
4.1 Достапност и влијанието на услугите за рана интервенција фокусирани на семејството за деца под 6 години во Косово	56

4.1.1 Еднаквост и достапност на услугите за рана интервенција во детството во Косово ...	56
4.1.2 Состојби на децата	57
4.1.3 Општа економска состојба на семејствата	58
4.2 Вообичаените перцепции на професионалците и родителите во врска со услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството	69
4.2.1 Даватели на услуги за рана интервенција во детството	71
4.2.2 Свесност за услугите за рана интервенција во детството	74
4.2.3 Видови професионална поддршка	76
4.2.4 Понудени услуги.....	77
4.2.5 Обезбедување на РИД услуги	79
4.2.6 Видови на специјализирана работа	82
4.2.7 Барии со кои се соочуваат родителите.....	84
4.2.8 Предизвици и потреби во однос на услугите за РИД	87
4.2.9 Професионална област.....	90
4.2.10 Типови на услуги	93
4.3 Стратешки приоритети за зајакнување на услугите за РИД	96
4.3.1 Стратешки приоритети за зајакнување на услугите за РИД со вклучување на персоналот	96
4.3.2 Стратешки приоритети за зајакнување на услугите за РИД со вклучување на родителите	99
4.4 Пречки со кои се соочуваат професионалците и родителите во пристапот и користењето на услугите за рана интервенција во детството центрирани околу семејството	113
4.4.1 Времетраење на листата на чекање	113
4.4.2 Ниво на вклученост на родителите во скринингот.....	115
4.5 Влијание на фреквенцијата, времетраењето и видовите посети на услугите врз квалитетот на услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството..	126
4.5.1 Обезбедување услуги за деца	127
4.5.2 Времетраење на службените посети	129
4.5.3 Начини на испорака на услуги.....	131
4.5.4 Учество на родителите во активностите за РИД	133
4.5.5 Учество на децата	136
4.5.6 Поставки за испорака на услуги	138
4.6 Перцепираните потреби и очекувања на професионалците во врска со обуката и развојот во семејно-центрираната интервенција во раното детство	145
4.6.1 Број на годишна обука во текот на службата.....	146

4.6.2 Видови на супервизорска поддршка во услугите за РИД	148
4.6.3 Преферирани модалитети за обука за професионалци.....	150
4.6.4 Распределба на можностите за обука	152
4.6.5 Приоритети за зајакнување на професионалната обука и надзор во областа на РИД	154
4.7 Предизвици со кои се соочуваат организациите што нудат услуги за рана интервенција во детството центрирана околу семејството, и препораки од професионалците и родителите за подобрување и проширување на овие услуги во Косово.....	164
4.7.1 Главни предизвици со кои се соочуваат организациите што нудат услуги за РИД центрирани кон семејството во Косово	165
4.7.2 Препораки од врвни професионалци за подобрување на услугите за РИД фокусирани на семејството	167
4.7.3 Најважни препораки од родителите за проширување и зајакнување на услугите за РИД фокусирани на семејството.....	169
4.7.4 Еднаквост, вклученост и информирање во услугите за РИД фокусирани на семејството: Перспективи на професионалци и родители	172
4.8 Перцепција на професионалците и родителите на моменталните нивоа на еднаквост, вклученост и досег во услугите за интервенција во раното детство фокусирани на семејството, особено во однос на ранливите доенчиња, малите деца и оние во оддалечените рурални области	183
4.8.1 Видови услуги што им се даваат на родителите во РИД.....	183
4.8.2 Предизвици на персоналот во однос на информирањето и инклузијата	185
4.8.3 Препораки за персоналот за подобро информирање	186
4.8.4 Препораки за родители за подобра информираност	188
V. ДИСКУСИЈА	198
VI. ЗАКЛУЧОК	241
VII. БИБЛИОГРАФИЈА.....	246
VIII. ПРИЛОЗИ	265

Благодарност

Пред сè, длабоко сум благодарна на мојата академска менторка, проф. Александра Каровска-Ристовска, чие исклучително водство, постојана поддршка и трпение беа инструментални во текот на целото патување за завршување на оваа докторска дисертација. Нејзините увиди и повратни информации беа фундаментални во обликувањето на насоката и длабочината на ова истражување.

Искрена благодарност им упатувам на семејствата и професионалците кои учествуваа во студијата и великодушно ги споделија своите искуства, овозможувајќи го ова истражување. Без нивната отвореност и придонес, изработката на оваа докторска дисертација немаше да биде комплетна.

Исто така, изразувам благодарност до институциите и центрите за рана интервенција во детството, во Косово, кои го поддржаа процесот на собирање податоци и го олеснија пристапот до терен.

Конечно, длабоко сум благодарна на моето семејство за нивната безусловна љубов, трпение и охрабрување за време на ова тешко патување. Вашата поддршка беше мојата најголема сила.

Апстракт

Оваа студија, во рамките на која се користеа комбинирани методи, ги испитува достапноста, квалитетот и семејно центрираните услуги за рана интервенција во детството (РИД), во Косово, со фокус на деца до шестгодишна возраст. Врз основа на анкети, фокус групи и статистички анализи, истражувањето за развојните состојби на децата, економскиот статус и географската локација се преклопуваат за да го обликуваат пристапот и резултатите. Наодите покажуваат дека децата со потешки или видливи состојби имаат поголема веројатност да добијат навремени упатувања, додека оние со посуптилни развојни предизвици честопати доживуваат доцнења во дијагнозата и поддршката. Економските нееднаквости и рурално-урбаните поделби значително го попречуваат пристапот, така што семејствата со ниски приходи и руралните семејства се соочуваат со најголемите пречки, поради оддалеченоста на центрите, високите трошоци и недостапноста на услугите.

И покрај признавањето на професионалците и родителите за важноста на пристапите ориентирани кон семејството, соработката често е поткопана од комуникациските недостатоци, институционалната фрагментација и ограничената емоционална поддршка. Вклученоста на родителите останува недоследна, така што повеќето услуги се испорачуваат во институционални услови и има малку можности за советување на родителите или за интервенција во домашни услови. Професионалците укажуваат на ограничен пристап до обука и надзор, особено во руралните области, што дополнително го ограничува обезбедувањето инклузивна и семејно ориентирана грижа.

Идентификуваните предизвици вклучуваат недостаток на стандардизирани алатки за следење, социјална стигма, несоодветна инфраструктура и несоодветни политики. И професионалците, и родителите, ја нагласија потребата од структурни реформи, вклучувајќи воведување на трансдисциплинарни тимови, услуги за емоционална поддршка, кампањи за подигање на јавната свест и проширен опфат до недоволно опслужените заедници. Студијата заклучува дека постигнувањето на универзална и висококвалитетна РИД во Косово, бара системски инвестиции во професионалниот развој, инфраструктурата, меѓусекторската координација и културната комуникација. Само преку вакви сеопфатни реформи може целосно да се реализираат принципите ориентирани кон семејството и на сите деца да им се даде можност да напредуваат.

Клучни зборови: Рана интервенција во детството, Услуги ориентирани кон семејството, Развојни доцнења, Косово, Пристап до услуги, Вклученост на родителите, Трансдисциплинарни тимови, Рурални нееднаквости, Комуникација, Институционални предизвици, Реформа на политиките, Стигма, Инклузивно образование, Услуги во домот, Професионална обука.

Abstract

This mixed-methods study examines the availability, quality, and family-centeredness of early childhood intervention (ECI) services in Kosovo, with a focus on children up to six years of age. Based on surveys, focus groups, and statistical analyses, the study explores how children's developmental conditions, economic status, and geographic location intersect to shape access and outcomes. The findings show that children with more severe or visible conditions are more likely to receive timely referrals, while those with more subtle developmental challenges often experience delays in diagnosis and support. Economic inequalities and rural-urban divides significantly hinder access, with low-income and rural families facing the greatest barriers due to the distance of centers, high costs, and the unavailability of services.

Despite professionals' and parents' recognition of the importance of family-oriented approaches, collaboration is often undermined by communication gaps, institutional fragmentation, and limited emotional support. Parental involvement remains inconsistent, with most services delivered in institutional settings and few opportunities for parent counseling or home-based intervention. Professionals report limited access to training and supervision, particularly in rural areas, which further restricts the provision of inclusive and family-oriented care.

The identified challenges include a lack of standardized monitoring tools, social stigma, inadequate infrastructure, and insufficient policies. Both professionals and parents emphasized the need for structural reforms, including the introduction of transdisciplinary teams, emotional support services, public awareness campaigns, and expanded outreach to underserved communities. The study concludes that achieving universal and high-quality ECI in Kosovo requires systemic investment in professional development, infrastructure, intersectoral coordination, and culturally responsive communication. Only through such comprehensive reforms can family-oriented principles be fully realized and all children be given the opportunity to thrive.

Keywords: Early Childhood Intervention (ECI), family-oriented services, developmental delays, Kosovo, access to services, parental involvement, transdisciplinary teams, rural inequalities, communication, institutional challenges, policy reform, stigma, inclusive education, home-based services, professional training.

I ВОВЕД

Во Соединетите Американски Држави, образовните услуги достапни за мали деца со попреченост се јасно дефинирани со специфични закони (Cook et al., 2015). Спротивно на тоа, земји како Обединетото Кралство (Roffey, 1999) и Австралија имаат помалку детални законски одредби за оваа група. Во многу други региони, услугите за поддршка на овие деца зависат исклучиво од локалните политики или сè уште не станале редовен дел од системот. Во однос на децата кои покажуваат напреден развој, постојните услуги, каде што се достапни, генерално се предлагаат на ниво на политика без да бидат поддржани од обврзувачко законодавство.

Активното учество на родителите или примарните старатели во програмата на нивното дете се смета за клучен елемент за да се обезбеди дека придобивките добиени од интервенцијата во раното детство ќе се одржат со текот на времето (Cook et al., 2015).

Концептот на семејството во центарот се однесува на збир на принципи и практики што го водат начинот на кој професионалците комуницираат со семејствата (Dunst et al., 1991), нагласувајќи пристапи што се однесуваат на нивните специфични потреби и имаат за цел да ги подобрат нивните способности и самодоверба (Dunst et al., 1991).

Семејно центриран пристап во интервенцијата во раното детство сè повеќе станува централна филозофија во поддршката на децата со развојни доцнења или попречености. Во текот на изминатите неколку децении, преминот од испорака на услуги ориентирани кон детето, кон услуги ориентирани кон семејството, ја рedefинираше улогата на семејствата од пасивни приматели на експертско знаење до активни партнери во развојното патување на нивното дете (Dunst et al., 2009). Истражувањата постојано покажуваат дека децата покажуваат подобри развојни резултати когнитивно, емоционално, социјално и физички кога семејствата се активно вклучени во процесот на интервенција (Bruder, 2010). Овој пристап го гледа семејството не само како примарна средина во која детето се развива, туку и како клучен извор на знаење, мотивација и отпорност. Професионалците кои ги усвојуваат практиките центрирани кон семејството се фокусираат на градење на семејните капацитети, зајакнување на нивната самодоверба и почитување на нивните уникатни вредности, рутини и културен контекст (Dunst et al., 1991). Доказите сугерираат дека кога родителите се значајно вклучени во раната интервенција, влијанието на услугите не само што е

поефикасно, туку и поодржливо. Семејствата кои се вклучени во поставувањето цели и планирањето на интервенцијата пријавуваат намален стрес (Summers, et al., 2005), поголемо задоволство и зголемени компетенции за поддршката на развојот на нивното дете (King et al., 1999). Ова помага да се поттикне поподдржувачка и конзистентна домашна средина, што е од суштинско значење за одржлив развоен раст (Kondirolli, 2017). Со фокусирање на јакнење, а не на замена на родителските улоги, практиките центрирани кон семејството се усогласуваат со принципите на еднаквост и почит, позиционирајќи ги семејствата како рамноправни засегнати страни во обезбедувањето услуги (Chavez, 2023).

Соработката помеѓу професионалците и семејствата, заснована на меѓусебна доверба и отворена комуникација, го подобрува квалитетот и континуитетот на услугите (Olusanya et al., 2018). За разлика од традиционалните модели кои во голема мера се потпираат на интервенции предводени од професионалци, семејно-центрираниот РИД дава приоритет на заедничкото донесување одлуки, флексибилноста и одговорноста кон семејните преференции (Bruder, 2010). Неколку истражувачи тврдат дека ангажирањето на семејството е најважниот фактор што го одредува успехот на програмите за рано детство (Blue-Banning et al., 2004). Резултатите од таквата соработка не се ограничени само на развојниот напредок на детето, туку го опфаќаат целиот семеен систем, подобрувајќи ја емоционалната благосостојба, самоефикасноста на родителите и функционирањето на семејството (Cruz, 2023).

Во услови со ограничени ресурси, како што се многу земји со ниски и средни приходи, пристапот фокусиран на семејството нуди одржлив модел за рана интервенција (Black et al., 2017). Бидејќи услугите може да бидат фрагментирани или оскудни, градењето на капацитетот на семејството да обезбеди развојна поддршка во домот станува уште поважно. Според (Engle et al., 2007), ангажирањето на семејствата е клучна стратегија за намалување на јазот во пристапноста до услугите за рано детство (Barros & Ewerling, 2016). Слично на тоа, УНИЦЕФ (2013) нагласува дека интервенциите центрирани кон семејството и заедницата се од суштинско значење за инклузивно обезбедување услуги, особено во недоволно опслужените рурални или маргинализирани области (Nikaj, 2020).

Друга важна димензија на практиките центрирани кон семејството е нивниот фокус на силните страни, а не на недостатоците. Наместо да се нагласува она што му недостасува

на детето или семејството, овој пристап се гради врз она што веќе функционира добро, охрабрувајќи позитивен став и промовирајќи отпорност (Hughes-Scholes et al., 2019). Трудот на Данст и соработниците (1994) го опишува ова како давање помош за градење капацитети, каде што интервенционистите имаат за цел да ја зголемат способноста на семејството да ги постигне посакуваните резултати, преку подобрување на постојните компетенции (Hebbeler, et al., 2007). Преминот од модели базирани на недостатоци кон модели базирани на силни страни е поддржан и во литературата за попреченост, особено во контекст на рана интервенција во детството (Rosenberg et al., 2008). Семејствата имаат поголема веројатност да се вклучат и да останат вклучени во услугите кога се чувствуваат видени, слушнати и ценети за нивните напори и придонеси (Roberts & Kaiser, 2015).

Неодамнешните истражувања на Балканот дополнително ја истакнуваат релевантноста на пристапот центриран кон семејството во транзициските и системите во развој. Каровска-Ристовска и соработниците (2024), во студија спроведена во Северна Македонија, откриле дека родителите кои учествуваат во програми фокусирани на семејството пријавиле поголема самодоверба во работата со професионалци, посилно чувство на припадност и подобрена комуникација со давателите на услуги (Babić-Čolaković et al., 2016). Овие наоди ги зајакнуваат пошироките докази дека практиките фокусирани на семејството не само што ги подобруваат развојните резултати, туку и поттикнуваат значајни односи меѓу семејствата и професионалците, поставувајќи ја основата за поинклузивни и културно чувствителни системи на услуги (Pereira & Serrano, 2014).

Земени заедно, доказите нагласуваат дека интервенцијата во раното детство фокусирана кон семејството е повеќе од само модел на испорака на услуги, туку филозофија што ја признава централната улога на семејството во животот на детето (RA, 2003). Со давање приоритет на соработката, овластувањето и одговорноста, овој пристап создава поддржувачки екосистем кој се протега надвор од клиничките или образовните услови и во секојдневниот живот на семејствата (Fleming et al., 2011). Таквата ориентација е од суштинско значење не само за постигнување позитивни развојни резултати за децата со попреченост, туку и за создавање инклузивни општества кои го вреднуваат и инвестираат во потенцијалот на секое дете и секое семејство (Ziviani et al., 2011).

Важноста на интервенцијата во раното детство ориентирана кон семејството лежи не само во непосредните развојни придобивки за детето, туку и во нејзиното долгорочно влијание врз структурата и функционирањето на целиот семеен систем (Ziviani et al., 2014). Една од најшироко признатите предности на овој пристап е тоа што го гледа семејството како примарен извор на безбедност, стимулација и љубов кон детето (Ruhurek, 2018). Оваа улога не може да ја заменат професионалци, без разлика колку се вешти или посветени. Затоа, интервенциите што го позиционираат семејството во центарот, имаат за цел да го зајакнат капацитетот на семејството на одржлив и природен начин (Dunst et al., 2007). Родителите и примарните старатели се најблиските набљудувачи на развојот на детето и затоа се сметаат за највредни партнери во идентификувањето на потребите, поставувањето цели и спроведувањето на дневните интервенции (Karovska Ristovska, 2019).

Во многу делови од светот, особено во региони како Западен Балкан каде што системите за услуги сè уште се развиваат, пристапот ориентиран кон семејството се појавува како неопходен модел за надминување на структурните бариери, ограничувањата на ресурсите и фрагментацијата на услугите (Lee, 2015). Овој пристап не само што ја зголемува ефикасноста на интервенцијата преку прилагодување на услугите на културниот и социјалниот контекст на семејството, туку и поттикнува долгорочни партнерства засновани на доверба помеѓу семејствата и професионалците. На овој начин, раната интервенција не е само технички процес воден од стандардни протоколи (Bruder, 2010), туку станува динамична интеракција изградена врз доверба, флексибилност и меѓусебно разбирање (Blue-Banning et al., 2004).

Подеднакво важно е што интервенцијата центрирана кон семејството промовира вклучување, еднаквост и социјална правда во услугите во раното детство. Таа ја признава културната, јазичната и економската разновидност на семејствата и нуди флексибилна рамка што овозможува практиките да бидат прилагодени на специфичните реалности и потребите на секое семејство. Ова има особено значење за децата и семејствата што живеат во рурални средини или се соочуваат со повеќе форми на социјална исклученост, како што е случајот во делови од Косово, каде што е спроведена оваа студија. Тука, како што забележува УНИЦЕФ (2013), давањето рани услуги за деца со попреченост е често фрагментирано, обликувано од социјална стигма и ограничено во институционалната

поддршка (Bylykbashi, 2020). Во такви контексти, семејството станува средство за обезбедување заштита и правичен развој на детето (Crossman et al., 2018).

Практично кажано, примената на моделот центриран кон семејството бара од професионалците да развијат силни меѓучовечки вештини, културна чувствителност и флексибилен, колаборативен пристап кон донесувањето одлуки (Brown, 2011). Овој професионален предизвик не е секогаш лесен, особено во системи каде што хиерархиските и медицинските модели продолжуваат да доминираат (King et al., 1999). Сепак, истражувањата сугерираат дека кога професионалците добиваат постојана обука и институционална поддршка преку јасни политики, може да се случат значителни промени во начинот на кој се градат односите со семејствата (Rosenbaum et al., 2014). Понатаму, вклучувањето на семејствата во евалуацијата на услугите ја зголемува транспарентноста и одговорноста, што пак, го подобрува квалитетот на услугите што се обезбедуваат.

Ефективноста на моделот центриран кон семејството е исто така силно поткрепена со компаративни истражувања што ги испитуваат резултатите на децата кои добиваат стандардизирани интервенции наспроти оние во персонализирани програми ангажирани од семејството. Наодите постојано покажуваат дека децата во програмите фокусирани на семејството имаат поголема веројатност да постигнат напредок во комуникацијата, социјалната интеракција и моторниот развој, додека родителите пријавуваат повисоки нивоа на самоефикасност и пониски нивоа на стрес (Summers et al., 2005). Оваа синергија помеѓу детето и семејството создава поповолни услови за развојен напредок и за справување со идните предизвици.

Во Косово, услугите за рана интервенција во детството остануваат недоволно развиени и фрагментирани, ограничувајќи ја поддршката за децата со доцнења во развојот и нивните семејства. Иако разни правни и стратешки документи, како што се Националната стратегија за образование (2022 – 2026), Националната стратегија за развој (2030) и Законот за образование во раното детство, ја признаваат важноста на развојот во раното детство (РРД), не постои специфична законска рамка или посветена национална политика за РИД за водење на имплементацијата. Овој јаз го попречува идентификувањето на децата во ризик и го ограничува координираното обезбедување услуги (Bylykbashi, 2020).

Постоечките услуги често се базираат на проекти и се неодржливи, со ограничено родителско советување и недоволна меѓусекторска координација меѓу системите за образование, здравство, исхрана и социјална заштита. Иако неодамнешното законодавство го вовеле терминот „идентификација во раното детство“, недостатокот на акцент на првите три години од животот, кои се критични за развојот на мозокот, предизвикува загриженост за ефикасноста на сегашните пристапи (Nikaј, 2020).

Услугите за рехабилитација и поддршка во Косово ги обезбедуваат различни јавни институции, невладини организации и приватни клиници. Сепак, овие услуги често работат изолирано, фокусирајќи се на специфични сектори без да се усогласат со интердисциплинарната природа на современите модели на РИД. Иако некои центри нудат образовни, здравствени и социјални услуги, пристапот останува ограничен, особено за групите во неповолна положба, а систематските развојни скрининг снимања се спроведуваат недоследно.

Постои итна потреба да се воспостави интегриран, мултисекторски систем на РИД поддржан од јасна легислатива, упатства за услуги и професионални стандарди. Ова вклучува создавање програми за обука, структури за надзор и механизми за евалуација за да се обезбеди квалитет и одржливост. Без вакви реформи, децата кои се изложени на ризик од доцнење во развојот може да продолжат да бидат недоволно опслужени од постојниот систем (Hoxha & Karovska Ristovska, 2024).

Оваа докторска теза ги истражува перцепциите на професионалците и родителите во врска со интервенцијата во раното детство ориентирана кон семејството, нагласувајќи го пристапот ориентиран кон семејството како филозофија и како збир на практики што ја препознаваат централната улога на семејството и ги поддржуваат неговите силни страни и способности. Студијата се фокусира на идентификување на сличностите и разликите во искуствата, очекувањата и разбирањата на овие две групи засегнати страни.

За да се постигне оваа цел, истражувањето користи дизајн со мешани методи, користејќи анкети и дискусии во фокус групи за собирање на квантитативни и квалитативни податоци. Овој сеопфатен пристап има за цел да обезбеди подлабоко разбирање за тоа како практиките ориентирани кон семејството влијаат на резултатите за децата со развојни доцнења и нивните семејства.

Тезата ја истакнува важноста на активното вклучување на семејствата во процесот на интервенција и ја нагласува потребата од значајна соработка помеѓу професионалците и родителите. Исто така, се залага за понатамошна интеграција на практиките ориентирани кон семејството во постојните услуги за рана интервенција, прикажувајќи ги нивните долгорочни придобивки преку холистички и инклузивен модел.

Структурирано во клучни поглавја, вклучувајќи вовед, теоретски и емпириски преглед, методологија, анализа на податоци, дискусија и заклучоци со препораки, ова истражување има за цел да даде значаен придонес во академската и стручната литература во областите на рана интервенција во детството и специјалното образование. Истражувачките прашања што ја водат оваа студија се презентирани на крајот од воведот.

II ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ

2.1. Историја на интервенцијата во раното детство во Соединетите Американски Држави

Во 1960-тите, во Соединетите Американски Држави се појави серија програми за рана интервенција во детството, првично усогласувајќи се со филозофијата на компензаторното образование. Пример за тоа е Програмата за рано образование и развој (Pinto et al., 2009). Првично дизајнирани за социјално загрозени деца, овие програми, класифицирани како модели од прва генерација, усвоија биомедицински и терапевтски пристап, првенствено сместен во специјализирани институции. Фокусирани на деца кои се соочуваат со различни предизвици, овие иницијативи фокусирани на децата имаа за цел да спречат, ублажат или елиминираат дефицити преку монодисциплинарна призма (Bairrão & Almeida, 2003).

Како што напредуваа научниот напредок и истражувањата во развојните науки, образовните науки и општествените науки, концептуализацијата и имплементацијата на РИД претрпе значителна еволуција (Bronfenbrenner, 1979). До крајот на 1970-тите, беа поставени темелите за нова концептуална рамка (Bronfenbrenner et al., 1998), претежно водена од теоретски модели како што се еколошко-системскиот и биоеколошкиот модел (Bronfenbrenner & Morris, 2007) и трансакциската перспектива.

На почетокот на 1980-тите години се појави втора генерација на модели на РИД, што претставуваше отстапување од ексклузивниот фокус на детето со тешкотии. Наместо тоа, овој модел ги прошири интервенциите со цел поширок опфат на семејството и заедницата. Клучно влијание врз оваа промена на парадигмата имаа теориите на Карл Данст, засновани на научни докази. Неговата работа ја истакна клучната улога на социјалната поддршка и лидерството на семејните и заедничките мрежи во поттикнувањето на развојот на детето, подобрувањето на компетенциите и развивањето самодоверба кај родителите (Cohen & Syme, 1985). Во 1985 година, Данст формално ја дефинираше раната детска интервенција како „форма на поддршка што ја обезбедуваат членовите на формалните и неформалните мрежи за социјална поддршка за семејствата на децата во рана возраст, што има директно и индиректно влијание врз функционирањето на родителите, семејството и детето“ (Shatberashvili & Sadzaglishvili, 2024). Моделот на рана интервенција во детството од

втората генерација означи трансформативна промена во перспективата, препознавајќи ја меѓусебната поврзаност на развојот на детето со поширокиот семеен и заеднички контекст. Оваа еволуција ја нагласи потребата да се оди подалеку од тесниот фокус на дефицитите, признавајќи ја интегралната улога на мрежите за поддршка во обликувањето на раните години на детето (Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000). Патувањето на раната детска интервенција продолжува да биде динамично истражување, поттикнато од континуирани научни истражувања и непоколеблива посветеност на разбирањето и подобрувањето на развојот во раното детство (Locke, et al., 2020). Наративот што се одвива од 1960-тите до денес одразува траекторија обележана со адаптација, инклузивност и ценење на повеќеслојните влијанија врз растот и благосостојбата на детето (Carter & Murdock, 2001).

2.2. Историја на раната детска интервенција во Европа

Програмите за рана детска интервенција имаат корени во различни делови од светот и предизвик е да се одреди одреден регион од каде што потекнува РИД. Сепак, концептот за справување со развојните потреби на малите деца со попреченост или доцнења во развојот доби внимание и формализација во Европа во текот на 20 век (Rektina, 2025).

Еден значаен историски развој беше појавата на програми за специјално образование во Европа, особено по Втората светска војна. Земји како Шведска и Обединетото Кралство одиграа значајна улога во пионерските услуги за рана интервенција во детството (Felgueiras, 1997). На пример, во Шведска, концептот за рана интервенција во детството, за деца со развојни попречености, доби на интензитет во 1940-тите и 1950-тите.

Покрај тоа, европските научници, едукатори и истражувачи одиграа значајна улога во обликувањето на полето на детскиот развој (Dunst, 2000). Делата на пионери како Жан Пијаже, Лев Виготски и Марија Монтесори придонесоа за разбирањето на развојот и образованието во раното детство, влијаејќи врз пристапите за интервенција.

Иако Европа одигра значајна улога, важно е да се признае дека идејата за рана интервенција во детството се развила независно и во други делови од светот (Zajicek-Farber, Lotrecchiano, Long, & Farber, 2015).

Траекторијата на РИД во Португалија е тесно поврзана со еволуцијата на модалитетите за помош на деца на возраст од раѓање до 6 години, опфаќајќи ги и општите и оние со посебни образовни потреби (ПОП). Друг клучен фактор што ја обликува

еволуцијата на РИД беше развојот на законодавството на ниво на здравствена заштита, образование и социјална политика (Bairrão, 2003). Имено, кон крајот на 1960-тите, Министерството за здравство и благосостојба, основано во 1958 година, одговори на барањата на прогресивната индустријализација и зголеменото учество на жените во работната сила со поттикнување на основање јасли и градинки. Оваа иницијатива беше проследена со создавање услуги за дадилки и семејни јасли (Mendes et al., 2000).

Сепак, формалното признавање на предучилишното образование во рамките на Министерството за образование како составен дел од јавниот образовен систем се случи дури во 1973 година (Закон бр. 5/73, од 25 јули). Последователно, имаше значителен пораст по револуцијата од 25 април, која доби на интензитет од 1995/96 година па наваму, што резултираше со значителен раст и проширување на мрежата за предучилишно образование (Movahedazarhouligh, 2021).

Во областа на специјалното образование, се случи промена на парадигмата со растечкото движење за инклузија, олицетворено со одобрувањето на Изјавата од Саламанка (УНЕСКО, 1994), во која Португалија одигра клучна улога како еден од потписниците. Ова значи значајна пресвртница во поддршката што им се дава на децата со посебни образовни потреби. Пред оваа промена, преовладувачкиот медицински модел се фокусираше на специјализирани услуги што се справуваат со дефицитите на децата и имаа за цел дијагностичко дефинирање (Creswell & Creswell, 2017). Пристапите главно се фокусираа на детето, испорачани од различни специјалисти, што резултираше со неповрзани и изолирани услуги насочени кон спречување, минимизирање или елиминирање на развојните дефицити. Во овој период, семејствата претежно добиваа финансиска и здравствена поддршка (Bairrão & Almeida, 2003). Недостатокот на унифициран и добро структуриран систем за поддршка резултираше со недоволни услуги и вршеше значителен притисок врз семејствата на деца со посебни образовни потреби или оние кои се изложени на ризик (Pinto et al., 2012).

Свртувајќи го вниманието кон интервенцијата во раното дество, дури во средината на 1980-тите почнаа да се обликуваат првите програми со организациска структура и конзистентен пристап (Kuhn et al., 2023).

Во текот на 1980-тите, ангажирањето на меѓународни експерти одигра клучна улога во поттикнувањето на растот на иновативните програми за интервенција во рано детство (Hodgetts, Nicholas, Zwaigenbaum, & McConnell, 2013). Овие иницијативи се карактеризираа со пристап насочен кон иднината, кој се осврнуваше на итната потреба за рано откривање на развојни проблеми. Тие ја истакнаа важноста на разгледувањето на сложената интеракција помеѓу биолошките, психолошките и социокултурните фактори. Дополнително, клучен фокус на овие програми беше обезбедување насоки за професионалци вклучени во работата со семејствата (Bairrão et al., 1999).

Многу продуктивен период за РИД во Португалија беше во 1990-тите. Во текот на оваа ера, почнаа да се појавуваат мноштво програми, секоја со уникатни карактеристики. Вреди да се напомене дека референтната рамка, првенствено обликувана од биеколошки и трансакциски модели на развој, сè уште беше во својата почетна фаза, вршејќи сè поголемо влијание врз имплементацијата на услугите за РИД. Во раните години од деценијата, само ограничен број услуги иницираа реципрочни интеракции меѓу семејствата и професионалците, а малку професионалци прифатија консултативна улога (Pinto et al., 2012).

2.3. Цели на раната детска интервенција

Изразувањето на значењето на интервенцијата во раното детство во спречувањето или ублажувањето на развојните предизвици сега е универзално признаено, особено како фундаментално право за сите деца, особено за оние кои се најранливи (Almasri, An, & Palisano, 2018). Истражувањата, особено тие во невронауката, ја осветлија клучната улога на раните искуства во обликувањето на развојот на мозокот. Родителите, старателите, семејната динамика и пошироката социјална средина директно влијаат врз развојот на детето и на неговиот централен нервен систем. Доказите покажуваат дека децата со историја на пренатални, перинатални или постнатални компликации покажуваат трајни ефекти врз функцијата на мозокот, кои влијаат на нивниот целокупен развој (Carnelli & Dreesen, 2022).

Раната интервенција во детството има за цел да обезбеди поддршка и услуги за семејства со деца на возраст од 0 до 6 години кои се соочуваат со доцнења во развојот, попреченост или значителни ризици поради биолошки или еколошки услови. Ова вклучува

активно ангажирање на формални и неформални мрежи за социјална поддршка, влијаејќи врз функционирањето и на детето и на семејството (Gilkerson & Shahmoon-Shanok, 2000). Уникатноста на РИД лежи во нејзиниот фокус на промовирање на развојот на детето преку планови за интервенција развиени во соработка со семејствата и старателите, оптимизирајќи ги можностите за учење во природните секојдневни контексти на детето (Bagur et al., 2025).

Тековните истражувања ги нагласуваат позитивните резултати што се постигнуваат со квалитетна РИД, што укажува дека може да ги подобри идните можности за развој (Regulation, 2016). Програмите со најголемо влијание ги овластуваат родителите и старателите како клучни медијатори во поттикнувањето на развојот на детето. Добро дизајнираните иницијативи со дефинирани цели честопати резултираат со позитивни промени во однесувањето на родителите и подобрени интеракции меѓу родителот и детето (Shonkoff, 2010).

Превентивните, висококвалитетни програми за РИД имаат потенцијал да ја избегнат потребата од последователни, посложени и скапи интервенции на секундарно и терцијарно ниво (Batz & Yadav, 2024). Сепак, ефективните програми за РИД, оние што навистина влијаат врз развојот на децата, ретко се едноставни, ефтини или лесни за спроведување. Развивањето на вакви програми бара висококвалификувани професионалци и значителни инвестиции во подобрување на компетенциите на професионалците за рана детска грижа. Сепак, силните докази ја поддржуваат идејата дека инвестирањето во раните години на детето дава значителни социјални и економски бенефити (УНЕСКО, 2007), позиционирајќи ја раната детска грижа како инвестиција во пошироката благосостојба на општеството (Guralnick, 2008).

Целите на рана интервенција во детството се тесно поврзани со нејзиниот основен теоретски модел и филозофија (Dunst, 2014). Овие принципи ги обликуваат улогите и изведбите на професионалците, вклученоста на семејствата, индивидуализираните процеси на планирање и интервенција и организацијата на услугите и ресурсите. РИД, како што е моментално замислена во рамките на пристапот фокусиран на семејството (Moore, 2012), поставува глобална цел. Оваа цел е да се осигури дека родителите или примарните старатели се опремени да обезбедат развојни можности и искуства за деца со развојни

промени или доцнења (Moore, 2012). Целта е да се олесни стекнувањето и користењето на компетенциите што овозможуваат значајно учество во клучните животни средини (Moore, 2012).

Во сржта на целите на РИД е поддршката на семејството, идентификувана како примарна цел. Оваа цел се смета за клучна во постигнувањето на последователните цели, вклучувајќи го негувањето на збогатувачки искуства и развојот на нови вештини во рамките на семејството или кај други примарни старатели за детето (Rosenberg, Robinson, Shaw, & Ellison, 2013). Со оглед на нејзиниот примат во целите и имплементацијата на РИД, важно е да се препознаат принципите поткрепени со докази што го водат учењето на децата (Goldfarb et al., 2010). Тие вклучуваат признавање на важноста на природните контексти и рутини, како и препознавање на клучната улога на семејствата и примарните старатели (UNICEF, 2013).

Среде овие размислувања, клучно е да не се изгуби од вид крајната цел на РИД. Главната цел е да се поттикнат функционалните способности што им се потребни на децата со развојни предизвици (Zaslow et al., 2010). Ова, пак, им овозможува активно и значајно да учествуваат во нивната секојдневна животна средина, на крајот промовирајќи подобрен квалитет на живот за овие деца (Bagur et al., 2025).

2.4. Критериуми за подобност за рана интервенција во детството

Деца кои се подобни за РИД во согласност со законската регулатива се оние на возраст помеѓу 0 и 6 години, кои покажуваат специфични карактеристики. Подобноста ги опфаќа децата со задоцнување во развојот предизвикано од претходно дијагностицирана состојба на оштетување, неодредени причини за задоцнувањето или развојни ризици. За да се обезбеди навремено упатување, клучно е различните служби, пошироката заедница, а особено семејствата, да бидат информирани и да имаат пристап до овие информации. Оваа свест го олеснува идентификувањето и вклучувањето на децата кои се подобни во програмата за РИД (Sprong et al., 2024).

Како што нагласува Гуралник (2011), системите за рана интервенција во детството мора внимателно да размислат за скринингот на потенцијално подобни деца. Ефективната комуникација помеѓу формалните и неформалните служби во заедницата е од суштинско значење за да се обезбеди рана идентификација на децата кои би можеле да имаат корист

од услугите за РИД. За жал, значаен предизвик произлегува од ограничените иницијативи насочени кон подигање на свеста и ширење информации за овие витални услуги. Следствено, заедницата честопати останува несвесна за постоењето на услугите за РИД, што доведува до одложен влез во системот. Ова одложување може да има штетни ефекти врз децата и нивните семејства, нагласувајќи ја итноста од решавање на овој јаз (Fults, 2011).

Услугите во заедницата играат клучна улога во идентификувањето на ситуации што се квалификуваат за РИД или ситуации што предизвикуваат загриженост. Подеднакво е важно овие услуги да имаат сеопфатно разбирање на поддршката што ја нуди РИД. Ова разбирање им овозможува да утврдат дали РИД е најсоодветната форма на помош и ефикасно да ги соопштат овие информации на семејствата (de Albuquerque, 2018). Клучот тука е дека семејствата можат да се вклучат во Локалниот тим за интервенција (ЛТИ) само ако се информирани за постоењето и целта на овие услуги. Свеста е првиот чекор, но само кога семејствата се свесни можат да донесат информирана одлука за тоа дали сакаат да ја интегрираат РИД во своите животи (Trivette, 1997).

2.5. Природни средини за рана интервенција во детството

Една честа заблуда е верувањето дека моделот на интервенција центриран кон семејството може да се примени само кога се работи директно со семејствата, по можност во нивните домови. Важно е да се препознае дека интервенцијата центрирана кон семејството, водена од нејзините принципи, може и треба да се имплементира во различни контексти, без разлика дали е тоа во семејниот дом, образовна средина или која било друга средина. Без оглед на околината или вклучените лица и без разлика дали станува збор за родители, дадилка, инструктор или друг значаен старател, интервенциите можат да се развијат од перспектива центрирана кон семејството. Овој пристап обезбедува оптимизација на можностите за учење и развој на детето без разлика каде го поминува своето време во текот на денот или неделата. (Vartuli et al.).

На пример, во рамките на образовен контекст, како на пример со воспитувач во предучилишна возраст, интервенцијата центрирана кон семејството вклучува заедничко планирање со семејството, земајќи ги предвид нивните грижи и приоритети (Felgueiras, 2000). Интервенцијата центрирана кон семејството не е ограничена на одредена околина и таа може и треба да се имплементира во сите главни природни контексти на животот на

децата и нивните семејства (Rashikj-Canevska et al., 2019). Многу активности за учење природно се одвиваат во рамките на семејниот и заедничкиот контекст.

Спроведувањето интервенции во природни контексти е од суштинско значење бидејќи овозможува искористување на сите можности за учење што се природно достапни за детето и кои имаат потенцијал ефикасно да го промовираат однесувањето и развојот. Вреди да се напомене дека интервенциите со многу мали деца се особено ефикасни кога се спроведуваат во нивните природни контексти на учење, како што се нивниот дом или образовна средина, во согласност со препораките од Одделот за рано детство (ОРД) од 2014 година.

Во продолжение, станува очигледно дека во рамките на пристапот центриран кон семејството, сите членови на мрежата за социјална поддршка се препознаваат како потенцијални придонесувачи на искуства, можности, советување или водство што можат позитивно да влијаат врз учењето и развојот на децата, родителите и целото семејство (Dunst et al., 2007). Следствено, интервенцијата центрирана кон семејството става значаен акцент на зајакнување на социјалната мрежа на секое семејство. Таа ја гледа оваа мрежа како примарен извор на поддршка и ресурси неопходни за задоволување на нивните уникатни потреби (Bruder, 2016).

Активната мобилизација на формалните и на неформалните ресурси на заедницата ја подобрува ефикасноста на практиките на интервенција. Ова е спротивно на пристапот базиран на услуги, каде што примарниот извор на поддршка за семејните потреби се потпира исклучиво на професионалците и услугите што ги обезбедуваат (Dunst et al., 2009). Во интервенција базирана на ресурси, ресурсите што ги даваат членовите на мрежата за социјална поддршка се перцепираат како витални искуства и можности што служат за зајакнување и развивање на компетенциите. Овој пристап се разликува од услугите што се нудат преку формални професионални програми (Dunst, 2010). Тој го препознава активирањето на формалните ресурси како што се медицинските и терапевтските услуги или образовниот контекст, заедно со неформалните ресурси како што се пријателите, соседите, роднините и здруженијата на заедницата кои нудат разни активности како музика, гимнастика, пливање, како клучни компоненти (Ghulamani, 2017). Ова, исто така, вклучува групи родители или волонтерски организации.

Од клучно значење е членовите на семејството да се охрабруваат да преземат активна улога во барањето и обезбедувањето поддршка врз основа на нивните идентификувани потреби и приоритети. Наместо да добиваат помош што е одвоена од нивните самоидентификувани потреби, вклучувањето на членовите на семејството е клучно во пристапот базиран на ресурси (Reinke & Solheim, 2014). Иако професионалците можат да обезбедат поддршка и ресурси за семејствата кои имаат потреба од тоа, неопходен е претпазлив пристап за да се избегне замена на улогата на семејството, во идентификувањето и приоритизацијата на нивните потреби. Овој пристап (Dunst et al., 2014) е дизајниран да спречи продолжување на зависноста и да им обезбеди на семејствата можност да ги користат своите постоечки компетенции додека развиваат нови.

Во остра спротивност со перспективата базирана на услуги, пристапот базиран на ресурси го гледа секој можен извор на поддршка од заедницата, без разлика дали е формален или неформален, како одржлива опција за задоволувањето на различните потреби на децата и нивните семејства (Frugone-Jaramillo & Gràcia, 2023). Оваа перспектива охрабрува колаборативен и инклузивен пристап управуван од заедницата, овластувајќи ги семејствата активно да ги користат различните системи за поддршка што им се достапни (Dunst et al., 2016).

2.6. Скрининг и проценка

Скринингот е проактивен процес кој се спроведува пред да се појават конкретни сомнежи во врска со развојните обрасци на поединечно дете. Овој метод опфаќа сеопфатно и природно набљудување на детскиот развој, со главна цел да се идентификуваат оние деца кои треба да одат на понатамошна проценка (Rektina, 2025). Целта е да се набљудуваат и оценуваат различни аспекти од растот и развојот на детето, со цел да се откријат оние на кои им е потребна дополнителна проценка и поддршка (Rektina, 2025).

Скринингот е клучен, но методолошки предизвикувачки процес во идентификувањето на развојните проблеми кај децата. Во текот на предучилишните години, развојниот скрининг првенствено се фокусира на откривање на мали невролошки дисфункции и решавање на проблеми поврзани со адаптацијата и однесувањето што би можеле да влијаат на подготвеноста за училиште. Важно е да се напомене дека значајни

попечености веројатно се идентификувани во пораните фази од детството (Regulation, 2016).

Скрининг тестовите се дизајнирани да понудат релативно брз и економичен начин за идентификување на доенчиња на кои можеби им е потребна понатамошна проценка. Сепак, како што истакнува (Fewell, 1983), клучно е да се земе предвид теоретската перспектива што лежи во основата на секој инструмент. На пример, Денверскиот скрининг на развојот е вкоренет во Геселовиот тест за скрининг, што ја одразува матурациската перспектива на развојот. Евалуациите на контролните листи за однесување што се користат кај доенчиња (Sheehan, 1982), откриваат дека на многумина им недостасуваат информации за сигурност и валидност, потпирајќи се на норми добиени од други тестови и контролни листи.

Важно е да се признае дека ваквите стратегии можеби не се соодветни за деца од различни култури или за оние со различни развојни искуства од децата во нормативната група. Дополнително, тие често се усогласуваат со матурациски, а не со трансакциски (интерактивен) модел на развој (Qirjako et al., 2016). Следствено, податоците добиени од овие пристапи може да бидат преценети, потенцијално поради лажната „научна валидност“ што објавувањето понекогаш им ја дава на тестовите. Разбирањето на овие ограничувања е од суштинско значење за да се обезбеди соодветност и културна чувствителност на алатките за скрининг за различни популации (Olin et al., 2016).

Всушност, целта на проценката е да се соберат информации што ќе помогнат во донесувањето одлуки. Во рамките на пристапот фокусиран на семејството, фазата на проценка има особено значење бидејќи служи за понатамошно истражување на почетните очекувања на семејството. Надоградувајќи се на овие сознанија, целта е да се создаде индивидуализирана интервенција со семејството. Оваа персонализирана интервенција е прилагодена за да се справи со уникатните грижи и приоритети идентификувани од семејството.

Клучниот елемент во интервенцијата фокусирана на семејството е активното учество на родителите и другите старатели. Сепак, во нашите напори да обезбедиме ангажман на семејството за време на фазата на проценка, клучно е професионалците да запомнат дека вклучувањето на родителите може да се манифестира на различни начини. Како

професионалци, нашата улога не е да препишуваме, туку да им претставиме на семејствата низа опции од кои можат да изберат (Christon & Myers, 2015).

Во последната фаза, соработката помеѓу семејството и професионалците станува императив, вклучувајќи истражување на перспективи, поставување цели, идентификување на ресурси и одредување на потребни интервенции (Bailey & Wolery, 1992). Она што се споделува во текот на оваа фаза не треба само да биде информативно, туку и вредно за семејството, што би служело за олеснување на нивниот процес на донесување одлуки.

Поттикнувањето отворен дијалог уште на почетокот, особено во врска со забележаните однесувања, може да ги поедностави информациите што традиционално се обработуваат кон крајот на процесот на проценка (Crais, 1993). Сепак, во ситуации каде што различните процедури за проценка се потпираат на повеќе извори на информации и алатки, може да стане неопходно да се најде посветен момент за да се олесни споделувањето и дискусијата за добиените резултати помеѓу семејството и вклучените професионалци (Brandao et al., 2019). Ова осигурува дека споделените информации не се само сеопфатни, туку и го подобруваат меѓусебното разбирање и донесувањето информирани одлуки (Tomasello et al., 2010).

Со делење на процесот на проценка во три различни фази (планирање, спроведување и споделување на резултатите) се појавува појасна слика за разновидната и клучна природа на активностите за проценка (Phillips & Shonkoff, 2000). Овие активности играат клучна улога и за вклучените страни, за семејствата и за професионалците, бидејќи тие ги усогласуваат и воспоставуваат очекувањата и формите за идна соработка.

Во суштина, сите податоци собрани преку интеракции со родителите, другите старатели и детето треба да придонесат за формулирање на план за интервенција (Dunst, 2002). Овој план не треба да ги одразува само грижите, приоритетите и ресурсите на семејството, туку и да ги опфаќа индивидуалните карактеристики и потреби на детето. Притоа, процесот на проценка станува вредна алатка за подготовка на сеопфатен и прилагоден план за интервенција што им служи на најдобрите интереси на семејството и на детето (Maluleke et al., 2021).

2.7. Семејно ориентирана рана интервенција во детството

Во областа на РИД, која датира од почетокот на првите програми во САД во текот на 1970-тите, различни концептуализации и модели се усвоени како репери за практиките на интервенција (McWilliam, 2010). Овие рамки еволуирале заедно со променливиот пејзаж на истражувањето и научното знаење.

Напредокот во разбирањето на процесите на учење кај децата и препознавањето на клучната улога на семејствата во развојот на детето, заедно со обемното истражување за ефикасноста на различните програми за РИД, одиграле клучна улога (McBride et al., 2017). Ова колективно тело на знаење довело до признавање на практиките центрирани кон семејството како најсоодветни за потребите и на децата и на семејствата. Следствено, практиките центрирани кон семејството станаа препорачан пристап за РИД (Bruder, Gundle, Stayton, & Kemp, 2021).

Всушност, Одделот за рано детство официјално ја призна практиката центрирана кон семејството како најпрепорачан пристап во областа на рана интервенција во детството од 1993 година. Ова признание е поткрепено со одржливи позитивни ефекти забележани на среден и долг рок (Xhengo, 2025; Epley et al., 2011).

Повеќе од три децении, Карл Данст и неговите соработници (2000) спроведуваат обемни истражувања во областа на интервенцијата со деца и семејства. Црпејќи од овој збир на трудови, авторите формулираа објаснувачки модел кој ги води практиките во РИД. Овој модел е цврсто вкоренет во усвојувањето на практики центрирани кон семејството (Dunst, 2009) и е признат како интегриран пристап базиран на докази. Тој става силен акцент на влијанието на социјалните системи и променливите на животната средина, поврзани со промоцијата на развојот и отпорноста на семејството (Olusanua et al., 2023).

Историски гледано, напорите за РИД првенствено беа центрирани околу детето, така што професионалците ја преземаа одговорноста за идентификување на факторите на ризик. Нивната улога се протегааше на дизајнирање и спроведување интервенции наменети за ублажување на влијанието на овие фактори врз сегашниот и идниот развој на детето (Allen et al., 1992). Во рамките на оваа конвенционална рамка, професионалците за рана интервенција во детството се сметаа за специјалисти одговорни за утврдување на потребите на детето и дизајнирање соодветни планови за интервенција. Истовремено, родителите

честопати беа позиционирани како приматели на „обука“ и обично ги следеа упатствата дадени од професионалците за време на имплементацијата на овие интервенции (McWilliam, 2010).

Професионалците секогаш мора да имаат предвид дека семејството ја носи главната одговорност за детето и дека ќе биде постојано присутно низ целиот пат на детето односно од раното детство до зрелоста. Кога им нудат услуги за поддршка на децата, секој совесен професионалец треба да препознае дека, за разлика од професионалците и системите за услуги што може да се менуваат со текот на времето, семејството останува константно во животот на детето (Shelton & Stepanek, 1994).

При секоја интервенција со деца, родителите треба да се сметаат за клучна алка, со признание дека ваквиот пристап е пресуден за постигнување резултати кои ќе траат на среден и долг рок. Токму преку зајакнување и вклучување на родителите, интервенциите може да имаат траен ефект, одржувајќи се дури и по завршувањето на професионалната поддршка.

Основен принцип во РИД е верувањето дека секое семејство поседува вродени силни страни и способности. Со потребните ресурси и поддршка, семејствата можат да ја подобрат својата компетентност во поттикнувањето на развојот и учењето на своите деца (Dempsey & Dunst, 2004). Следствено, примарната улога на професионалците во РИД е да им помогнат на семејствата да го ослободат својот целосен потенцијал преку соработка и градење врз нивните постоечки компетенции (Fincher, 2024).

Кај моделот на РИД од трета генерација, според рамката на Данст, интервенцијата во раното детство се стреми да влијае на учењето и развојот на децата на сеопфатен начин (Dunst, 2015). Моделот, исполнет со принципите на пракса центрирана кон семејството е дизајниран да укажува дека искуствата и можностите во природни контексти како што се семејната средина, јаслите, градинките или други релевантни услови придонесуваат за подобрување и зајакнување на компетенциите на децата, лицата што се грижат за нив и семејствата (Kretzmann & McKnight, 1993).

Суштината на промовирањето на јакнењето лежи во поттикнувањето на резултати што ги подобруваат компетенциите на семејствата, наместо поттикнување на зависност (Prelock, Potvin, & Savard, 2017). Целта на интервенцијата е да се јакнат семејствата,

правејќи ги поспособни и покомпетентни во мобилизирањето на ресурси што позитивно влијаат на благосостојбата на децата, родителите и семејната единица како целина. Наместо да се поттикнува потпирање на професионалци или системи за поддршка, целта е да се зајакне способноста на семејството самостојно да се справува со предизвиците и да се справува со нив (Schertz & Horn, 2018).

Иако може да биде примамливо професионалците да им даваат непосредна поддршка и ресурси на семејствата, таквиот пристап ризикува да ги лиши семејствата од можноста да ги искористат своите постоечки компетенции и да развијат нови (Betts & Lata, 2009). Ова ненамерно ја продолжува, наместо да ја ублажува, нивната потреба за помош, потенцијално создавајќи циклус на зависност од професионални услуги (Bailey & Wolery, 1992).

Според (Guralnick, 2008), клучна цел на РИД е да ги зајакне семејствата со цел да ги подобри нивните модели на интеракција. Ова претставува важна трансформација и во водечките принципи и во практичните пристапи на РИД, што доведува до значителна промена во начинот на кој професионалците во оваа област размислуваат и работат. Оваа трансформативна промена се протега подалеку од тоа да бидат директни агенти за интервенција со детето, што бара признавање на нова улога и вклучува промовирање на контекстите во кои детето е вклучено и активно учествува (Hasser, 2022). Овие професионалци се замислени како катализатори за позитивни промени во пошироките семејни и заеднички услови (Gorgadze, Tuna, & Duysak).

Оваа промена на парадигмата бара отстапување од традиционалниот пристап фокусиран на услугите кон поцелосен модел фокусиран на семејството. Во првиот, семејствата се охрабруваат да веруваат дека експертите кои работат директно со детето, го држат клучот за оптимален развој на детето. Спротивно на тоа, пристапот фокусиран на семејството и заедницата се залага за соработка во начинот на размислување, каде што семејствата препознаваат дека учењето на нивното дете се случува најприродно во нивните секојдневни услови (Movahedazarhouli et al., 2020). Овој заеднички напор, во кој е вклучен тимот за РИД, станува движечка сила зад поттикнувањето на средина погодна за раст и развој на детето (Moore, 2012).

Оваа трансформација не само што ги преобликува професионалните улоги на оние во областа на РИД, туку има и длабоко влијание врз вклучените семејства (Zeanah & Zeanah, 2019). Акцентот на пристапот фокусиран на семејството и заедницата не само што ја признава експертизата во рамките на семејната единица, туку и поттикнува споделена одговорност за благосостојбата на детето. Тоа претставува отстапување од модел управуван од експерти кон модел кој ги препознава и вреднува индивидуалните придонеси на секое семејство, поттикнувајќи соработка во развојното патување на детето (Brannon, Ray, Lark, & Kindratt, 2022).

Моделот центриран кон семејството опфаќа три фундаментални компоненти, така што почетниот елемент е воспоставување силен однос со родителите (Cohen, Lavasch, Adams, & Nelson, 1995). Ова вклучува активна работа кон разбирање и поддршка на резултатите што ги посакуваат за своите деца. За да се постигне ова се бара длабоко разбирање на децата, опфаќајќи го и типичниот и атипичниот развој, заедно со нијансирана свест за специфичните потреби на секое поединечно дете под негова грижа (Trivette, Dunst, & Hamby, 2010). Потребно е поседување сеопфатно знаење и вештини за соодветно прилагодување на интервенциите (Baird & Peterson, 1997).

Вториот критичен аспект на центрираноста кон семејството е овластување на родителите преку активно учество во процесите на донесување одлуки (Dunst et al., 1994). Ова овластување не само што влева доверба, туку и ја зајакнува динамиката на соработка помеѓу професионалците и родителите. Кога услугите се усогласуваат со потребите и преференците на родителите, интервенцијата фокусирана на детето беспрекорно се интегрира во пристап центриран кон семејството (McWilliam, 2010).

Овие први две димензии првенствено се однесуваат на природата на услугите што ги добиваат семејствата. Третиот аспект се фокусира на начинот на кој професионалците се однесуваат кон семејствата. Основните релациски вештини играат клучна улога во негувањето на позитивна и ефективна врска (Forlin & Forlin, 1996). Овие вештини вклучуваат одржување на позитивно однесување, демонстрирање чувствителност кон уникатните околности на секое семејство, одговор на нивните грижи и поттикнување на пријателска и пристапна атмосфера (McWilliam, 2010).

Во суштина, моделот центриран кон семејството не само што дава приоритет на решавањето на специфичните развојни потреби на децата, туку става и длабок акцент на поттикнување на соработка и поддржувачко партнерство помеѓу професионалците и родителите (Pletcher & McBride, 2000). Овој холистички пристап ја препознава важноста на прилагодувањето на услугите за да се задоволат индивидуалните семејни потреби, а воедно се осигурува дека односот професионалец - клиент се карактеризира со позитивни, чувствителни и одговорни интеракции (Stevens, Sood, Mertz, & Kostizak, 2020).

Терминот „центриран кон семејството“ опфаќа збир на меѓусебно поврзани верувања и ставови кои влијаат на филозофијата и однесувањето на персоналот додека тие планираат и обезбедуваат услуги (Pletcher & McBride, 2000). Овој концепт е распространет низ различни професии за помагање, иако со мали варијации во дефинициите, како што е забележано во делата на Abdel-Malek (2021).

И покрај овие варијации, постојат заеднички описи, како што се засновани на силни страни, ориентирани кон потрошувачите, семејна поддршка, овластување, проактивна испорака на услуги, фокусирани на компетенции, партнерства, колаборативни односи ориентирани кон семејството, кои јасно ги разграничуваат практиките ориентирани кон семејството во интервенцијата во раното детство (Pletcher & McBride, 2000).

Практиките ориентирани кон семејството во интервенцијата во раното детство црпат инспирација од теоријата на социјалниот систем, еколошката перспектива за човечкиот раст и развој, позитивното проактивно давање помош и принципите на овластување. Во делото на Данст и соработниците (2014), развиен е модел на рана интервенција во детството, нагласувајќи специфични практики за давање помош поврзани со позитивни исходи.

Овие практики вклучуваат низа вештини, вклучувајќи градење доверба и однос со семејствата, примена на активно рефлексивно слушање, поттикнување на отворена и позитивна комуникација, одржување на неосудувачки ставови за семејството, обезбедување помош усогласена со желбите на семејството и помагање на семејството во стекнување или прикажување на способности и нови компетенции (Dunst et al., 1994). Покрај користењето на специфични вештини за позитивно помагање, практиките за рана интервенција во детството фокусирани на семејството се справуваат со потребите и грижите идентификувани од семејството, ги искористуваат специфичните силни страни на

семејството и стиловите на функционирање и ја користат формалната и неформалната поддршка достапна во рамките на заедницата на семејството. Овој колаборативен пристап има за цел да мобилизира ресурси за да ги задоволи уникатните потреби и на детето и на семејството (Pletcher & McBride, 2000).

Програмите нагласуваат интервенција фокусирана на семејството интегрирана во дневните рутина (Mahoney et al., 1997). Ваквите програми ја препознаваат важноста на „природните дневни рутина како медиум за интеракција и јазичен раст“ (Mahoney et al., 2007). Целта на интервенционистот е да им обезбеди на родителите можности да интегрираат стратегии за комуникациски и игровни вештини во дневните рутина и единствената средина на семејството, поттикнувајќи холистичка и поддржувачка средина и за детето и за семејството (Mahoney et al., 2007).

Семејниот живот има богат потенцијал да понуди разновидни искуства и можности за учење на децата како дел од нивната дневна рутина. Квалитетот на искуствата што ги обезбедуваат родителите значително влијае на развојот на детето, надминувајќи го влијанието на количината и квалитетот на играчките, материјалите дома или образовните и терапевтските услуги што може да ги посетуваат (Mahoney et al., 2007).

Како што истакнува Данст (2010), интервенцијата во раното детство што ја спроведуваат исклучиво професионалци, без активно вклучување на родителите, во вештачка средина, како што е еден час, двапати неделно, во текот на 50 недели претставува само 3 % до 4 % од времето што двегодишно дете е будно. Во суштина, интервенциите спроведени од професионалци во изолација од примарните старатели на детето придонесуваат толку минимално кон искуствата за учење на детето, што веројатноста да се направи значителна разлика во неговиот развој е минимална (Boavida, Silva, Aguiar, & McWilliam, 2022).

Начинот на кој се обезбедува интервенцијата игра клучна улога во постигнувањето на целите на интервенцијата, вклучувајќи ангажман, чувство на компетентност, градење капацитети и зајакнување на семејството. Следствено, интервенцијата ориентирана кон семејството оди подалеку од утврдувањето дали се задоволуваат потребите на семејството, туку се протега и на разбирањето како се исполнуваат тие потреби (Engle et al., 2007).

Активното вклучување на родителите во раната грижа и образование на нивното дете е вкоренето во двојните принципи на правата на родителите да бидат вклучени и придобивките за децата што произлегуваат од континуитетот помеѓу нивниот дом и грижата или образовните средини (Powell, 1994). Овој колаборативен пристап ја признава интегралната улога на родителите во обликувањето на поддржувачка и конзистентна средина за целокупниот развој на детето.

Препознавањето на уникатноста на секое семејство е од најголема важност, што бара индивидуална идентификација на нивните грижи, вредности и верувања. Собирањето информации што семејствата се подготвени да ги споделат и разбирањето како тие ги изразуваат своите интереси, ресурси и приоритети ни овозможува да утврдиме кои детали се релевантни (McManus et al., 2020).

Изборот на метод, алатка или стратегија за собирање на овие информации бара промислен пристап, земајќи ги предвид преференциите, начинот на живот и културните вредности на семејството (Vargas-Barón, Diehl, & Kakabadze, 2022). Најефикасниот начин да се откријат преференциите на семејството е преку активно слушање и директна комуникација. Начинот на кој се собираат овие информации е значаен и не треба да усвои форма на „проценка“, туку да биде природен, колаборативен процес што го поддржува семејството, поттикнувајќи силен работен однос помеѓу семејството и професионалците (Mendes et al., 2000).

2.8. Модели на рана интервенција во детството

РИД вклучува различни модели кои имаат за цел да ги поддржат развојот и благосостојбата на малите деца кои може да бидат изложени на ризик или имаат идентификувано доцнење во развојот или попреченост. Еве некои клучни модели кои најчесто се користат во областа на РИД:

Модел на еколошки системи. Овој модел, под влијание на теоријата за еколошки системи на Ури Бронфенбренер, ја нагласува важноста на разбирањето на развојот на детето во контекст на различни еколошки системи, вклучувајќи ги семејството, заедницата и општествените фактори.

Трансдисциплинарен модел. Соработничкиот пристап вклучува креирање на сеопфатен и интегриран план развиен заеднички од тимот и семејството, така што

семејството презема интегрална улога во тимот. Идеално, назначен професионалец, честопати нарекуван менаџер на случај, ја презема водечката улога во поддршката на семејството за време на спроведувањето на овој план. Оваа поддршка се олеснува преку тесна соработка и сеопфатна поддршка од други професионалци во тимот. Оваа динамика обезбедува кохезивен и координиран напор каде што секој член придонесува за заедничката цел за поддршка на семејството и поттикнување позитивни резултати (Crais, 1993).

Модел центриран кон семејството. Го става семејството во центарот на процесот на интервенција. Го препознава семејството како примарно влијание врз развојот на детето и ги вклучува семејствата како активни учесници во донесувањето одлуки и поставувањето цели.

Развоен модел на интеракција. Се фокусира на важноста на олеснувањето на позитивните интеракции меѓу старателите и децата за да се промовира здрав развој. Често вклучува интервенции базирани на игра и ја нагласува улогата на односите во учењето.

Колаборативен модел на консултација. Професионалците работат заедно со семејствата, едукаторите и другите засегнати страни. Вклучува консултативен пристап каде што професионалците обезбедуваат насоки и поддршка за подобрување на развојот на детето во различни услови.

Мултидисциплинарни и интердисциплинарни модели. Овие модели вклучуваат професионалци од различни дисциплини кои работат заедно за да се справат со различните потреби на детето и семејството. Мултидисциплинарните пристапи вклучуваат паралелни, но одделни услуги, додека интердисциплинарните пристапи вклучуваат интегрирани и координирани услуги.

Модели за испорака на услуги за рана интервенција во детството. Овие модели дефинираат како се организираат и испорачуваат услугите. Примерите вклучуваат услуги во домот, услуги во центарот и комбинација од двете. Изборот на модел често зависи од потребите на детето, преференциите на семејството и достапните ресурси.

Модели засновани на силни страни. Пристапите засновани на силни страни се фокусираат на идентификување и градење врз силните страни и способностите на детето и семејството, наместо на нагласување на недостатоците. Овој модел промовира јакнење и отпорност.

Модел на културна компетентност. Овој модел ја препознава и вреднува културната разновидност на семејствата и има за цел да обезбеди интервенции кои се чувствителни и одговорни на културните разлики. Вклучува разбирање и почитување на културниот контекст во кој живеат детето и семејството.

Модел на примарен давател на услуги. Во овој модел, примарниот давател на услуги ја презема водечката улога во координирањето и испораката на услугите. Овој давател на услуги тесно соработува со семејството и соработува со други професионалци по потреба.

Овие модели не се меѓусебно исклучуваат, а интервенциите честопати интегрираат елементи од повеќе модели за да обезбедат сеопфатна и индивидуализирана поддршка за децата и нивните семејства. Изборот на моделот зависи од специфичните потреби и околности на детето и семејството (Guralnick, 2005).

Трансдисциплинарниот модел како современ модел на рана интервенција во детството: Тимот служи како камен-темелник на целиот систем на РИД, што ја формира основата за соработка меѓу професионалците, семејствата, децата и другите старатели. Сепак, самото постоење на група поединци не значи автоматски тим, а ефикасноста на интервенцијата зависи од функционирањето на самиот тим (Bruder et al., 1993).

Успехот на тимската работа е длабоко под влијание на концептуалниот модел што ја поткрепува, обликувајќи го начинот на кој професионалците комуницираат и дејствијата што ги преземаат со семејствата (Felgueiras et al., 1987). Како што беше дискутирано во претходните делови, трансдисциплинарниот модел се издвојува како консензусен избор во научната заедница, што ја претставува најдобрата практика во раната детска интервенција. Овој модел става значаен акцент на пристапот центриран кон семејството, обезбедувајќи холистички и колаборативен пристап кон интервенцијата.

Ефективноста на трансдисциплинарниот тимски модел е неразделна од целокупното функционирање на системот за РИД. Различни фактори, и структурни и меѓучовечки, играат клучна улога во процесот на градење и функционирање на тимот. Тие опфаќаат елементи поврзани со професионална обука, административни и лидерски размислувања и политики на вклучените агенции. Овие фактори можат значително да влијаат на квалитетот на работата, или да ги олеснуваат, или да ги попречуваат заедничките напори на тимот (Bruder et al., 2008).

За еден тим навистина да се вклучи во трансдисциплинарна работа, тој мора да има организациски и административни услови уште од самиот почеток. Фактори како што се бројот и стабилноста на професионалците, разновидноста на нивната експертиза и распределбата на времето за состаноци и соработка меѓу членовите на тимот се клучни фактори кои придонесуваат за успехот на трансдисциплинарната работа (Muthukaruppan et al., 2022).

2.9. Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Северна Македонија

РИД ги пронаоѓа децата кои веројатно ќе имаат лоши исходи и им ја дава потребната помош за да бидат подготвени за училиште и живот. Главната цел е да им се помогне на поединците да растат подобро во она што го прават, а воедно да се намали ризикот од развојни тешкотии. Со оглед на растечкиот број новороденчиња со висок ризик, од суштинско значење е да се прошират и подобрат услугите за РИД (Karovska Ristovska, 2021). Владата на Северна Македонија им помага на младите кои се со попреченост или се изложени на ризик од развојни доцнења, но центрите за РИД имаат проблеми со добивање средства, ширење на информациите за нивната цел и помагање на сите на кои им се потребни. Многу лица, вклучувајќи и наставници и родители, сè уште не знаат за сите придобивки од раната интервенција во детството (Karovska Ristovska, 2021). Според Проценката на капацитетот на услугите на УНИЦЕФ (2015), многу поединци сметаат дека владата треба да биде главен давател на здравствена заштита и заштита за децата со попреченост. Терцијарните институции се преоптоварени бидејќи нема доволно системи за упатување, експерти и услуги кои комуницираат едни со други. Постојат голем број недостатоци во услугите на секундарното ниво кога станува збор за интервенции. Здравствениот сектор обично започнува контакт, но не секогаш ги следи. Социјалниот сектор, од друга страна, официјално ги пронаоѓа и ги следи децата со попреченост. Финансирањето за програми базирани на заедницата или програми ориентирани кон семејството е помало отколку за институционална заштита (Karovska Ristovska et al., 2023). УНИЦЕФ (2015) укажува дека Северна Македонија има проблеми со добивање помош бидејќи процесите не функционираат и нема доволно ресурси што лесно се наоѓаат. Истражувањето спроведено од УНИЦЕФ и Филозофскиот факултет во 2022 година, во рамките на Националната ситуациона анализа за рана интервенција во детството укажува дека вклучувањето на родителите и подобрувањето на примарната здравствена заштита би

можеле да го направат системот за РИД посилен и пофокусиран на семејствата (Karovska Ristovska et al., 2023).

2.10. Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Албанија

Албанија ги подобри своите закони и правила за заштита на децата (Qirjako et al., 2016). Сепак, услугите сè уште не се добро интегрирани и главно се фокусираат на пронаоѓање и помагање на жртвите. За државата да се справи со недостатокот на ефикасни превентивни интервенции и практики во Албанија, потребен е поцврст мултисекторски акционен план, како и подобро следење. Спречувањето на злоупотреба на деца е тесно поврзано со раната идентификација на младите во ризик и обезбедувањето помош и интервенција. Поради ова, може лесно да се поврзе со евалуацијата на програмите за рана интервенција во детството. Важноста на предучилишното образование за идните достигнувања во животот е покажана со студија за предучилишните програми во регионот на Корча (Qirjako et al., 2016). Предучилишното образование помага во личниот раст, развојот и социјалниот капитал. Оваа перспектива ја подобрува евалуацијата на раното детство со тоа што појаснува како образованието во раното детство и институционалниот напредок можат да го намалат ризикот од злоупотреба или занемарување и да поттикнат вклучување (Qirjako et al., 2016).

Овие резултати покажуваат дека Албанија постигнала голем напредок во донесувањето законска регулатива за заштита на децата и во развојот на иновативни методи за подучување на малите деца. Сепак, сè уште недостасува сеопфатен систем на рано детство кој им дава приоритет на семејствата, се справува со проблемите пред тие дури ѝ да започнат. Па така, додека ги разгледуваме услугите за РИД, треба да се земат предвид два суштински елементи (Qirjako et al., 2016). И покрај донесувањето законска регулатива наменета за борба против злоупотребата на деца, студиите на оваа тема покажаа дека услугите се сè уште фрагментирани, реактивни и премногу преокупирани со идентификување и заштита на жртвите. Понатаму, недостасува соработка од сектор до сектор, а иницијативите за спречување на злоупотреба на деца се малку (Qirjako et al., 2016). Тешко е мерките за заштита на децата да функционираат и да биде достапна рана, сеопфатна поддршка поради ова несовпаѓање помеѓу формулацијата на законот и неговата имплементација. Втората поента е дека Програмата за образование во раното детство на

регионот Корча ја нагласува важноста на годините од раѓањето до третата година од животот на детето, кога социјалниот капитал е најсилен, а инклузивните педагошки методи, наративи и техники за воспоставување на идентитетот ја збогатуваат наставната програма (Qirjako et al., 2016). Оваа инвестиција ќе има долгорочни позитивни ефекти врз развојот. Овие наоди сугерираат дека РИД ги гледа стандардите за безбедност на децата и техниките за рано образование како меѓузависни, а не како комплементарни (Qirjako et al., 2016).

2.11 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Црна Гора

Ревизиите на политиката од 2016 до 2020 година имаа за цел да им олеснат на повеќе деца да посетуваат предучилишни установи во Црна Гора (Novović, 2017). Но, постојат и други аспекти што треба да се поправат. Наставниците се неопходни за успешни практики (Novović, 2017), но тие имаат проблеми со завршувањето на својата работа бидејќи имаат премногу ученици, недоволно објекти и недоволно помош. Луѓето што живеат во рурални региони, децата од малцинските групи (особено Ромите и Египќаните) и децата со развојни проблеми имаат поголема веројатност да бидат изоставени (Novović, 2017). Овие нееднакости се тесно поврзани со концептот на „рана интервенција во детството“, кој се залага за брзи мерки за ублажување на веројатноста за негативни развојни исходи и за поттикнување на еднаквост и вклученост (Novović, 2017).

Парадигмата на РИД, која го вклучува менталното и физичкото здравје во своите програми за помош во раниот развој, смета дека овие елементи се многу клучни за успехот во училиште (Martinovic, et al., 2015).

Целосната проценка на услугите за РИД во Црна Гора мора истовремено да ги земе предвид здравствените индикатори и пристапот до образованието. Важно е предучилишното образование да се направи подостапно, но тоа не е доволно. Исто така, треба да се работи на нееднаквоста, да се стави здравствената заштита центрирана кон семејството на прво место и да се тргнат ограничувањата со кои се соочуваат семејствата со ниски приходи. За децата да пораснат здрави и силни, услугите за РИД мора да опфаќаат здравствена заштита, социјални услуги и образование. Ова ќе им помогне на младите да се развијат во сите три области: физички, когнитивно и социјално. Авторите велат дека методот на РИД во Црна Гора дава солидна основа за подобрување на работите и за обезбедување дека секое дете ќе има иста шанса за успех.

2.12. Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Хрватска

Студиите за ефикасни практики во хрватските услуги за РИД (Čivrag, Alimović, & Lisak Šegota, 2025) нагласуваат дека навременото вклучување на децата со невноразвојни нарушувања или оние кои се изложени на ризик и нивните семејства е клучно за максимално искористување на чувствителните развојни фази и обезбедување соодветна родителска поддршка (Čivrag, Alimović, & Lisak Šegota, 2025). Многу професионалци ја истакнуваат важноста на раните мултидисциплинарни проценки, давајќи јасни препораки на родителите и користејќи низа методи за да одговорат на потребите на семејството. Тема што се повторува е повикот за заедничка рамка на упатства, стандардизирани алатки за проценка и назначување на клучно лице одговорно за координирање на протокот на информации и соработката низ секторите за здравствена заштита, образование и социјална грижа (Čivrag, Alimović, & Lisak Šegota, 2025).

Во инклузивните програми за РИД во Хрватска, исто така, е забележано дека услугите се центрирани кон семејството и доследно се спроведуваат, така што се појавуваат почесто кога овие карактеристики се воспоставени. Истражувањето за вклучување во раното детство (Ljubešić & Šimleša, 2016) покажува напредок во интегрирањето на децата со попреченост во редовните градинки, иако степенот на овој напредок варира во зависност од регионот (Ljubešić & Šimleša, 2016). Во исто време, недостатокот на сигурни податоци за проценка го отежнува оценувањето на резултатите, додека економските нееднаквости, особено во руралните средини, го ограничуваат пристапот и ја намалуваат ефикасноста на инклузивните политики (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Трудот на Mestrovic и соработниците (2016) дополнително забележува дека хрватскиот систем за здравствена заштита на децата се соочува со предизвици во справувањето со новите „морбидитети“ и во управувањето со ограничените ресурси, иако сите деца технички имаат пристап до превентивен и специјализиран третман преку рамка за социјална солидарност. Овие наоди ги откриваат и системските предности и слабостите во обезбедувањето одржлива, висококвалитетна поддршка за децата и семејствата (Mestrovic, et al., 2016).

Севкупно, истражувањето сугерира дека оценувањето на хрватските услуги за РИД бара гледање подалеку од едноставното покривање на услугите (Mestrovic et al., 2016). Мора

да се земат предвид доследноста во имплементацијата, праведноста низ регионите и силната соработка помеѓу образованието, здравството и социјалната грижа. За РИД да биде навистина ефикасна во Хрватска, треба да се затворат институционалните недостатоци, да се решат нееднаквостите во руралните и областите со ниски приходи, а на семејствата да им се обезбедат информации што се јасни, навремени и корисни (Mestrovic et al., 2016). Со усвојување на стандардизирани рамки, поттикнување на меѓусекторска соработка и вградување на принципите на инклузија, Хрватска може да го зајакне својот систем за РИД и да го усогласи со најдобрите глобални практики (Mestrovic et al., 2016).

2.13 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Србија

РИД им помага на семејствата и децата со невноразвојни проблеми, доцнења во развојот и попречености од раѓање до тригодишна возраст. Главните цели се рано да се откријат проблемите, да се спречи нивното влошување и да се вклучат луѓето преку брза дијагноза, активно вклучување на семејството и персонализирано програмирање со мерливи резултати (Nedović et al., 2016). Ефективната РИД ги интегрира здравството, образованието и социјалната заштита за да се поттикне инклузијата и развојот (Nedović et al., 2016). Анализата на РИД во Србија идентификуваше недостатоци во инфраструктурата, недоволна меѓусекторска соработка и отсуство на стандардизирани рамки низ организациите. Студијата, вклучувајќи анкети на родители и експерти, теренски набљудувања и советодавни состаноци, откри дека семејствата честопати се борат да добијат навремена и сеопфатна помош поради фрагментираните системи (Hix-Small & Ilić, 2017). Наодите покажуваат дека српските услуги за РИД мора да бидат вклучени во системот, да се воспостават професионални стандарди и да се спроведат координирани процеси за да се обезбеди фер пристап и квалитет за сите. Истражување спроведено врз ромски деца во Србија (Čvorović, 2022) нуди дополнителни податоци, откривајќи дека 18 % од децата на возраст од 36 до 59 месеци биле заостанати во растот. Сепак, заостанатоста во растот не покажала значајна корелација со развојните исходи. Мајчината инвестиција, како што се време, грижа и активно вклучување, била најкритичниот елемент во физичкиот, когнитивниот и писмениот развој (Čvorović, 2022). Ова ја истакнува важноста на пристапите фокусирани на семејството во рамките на РИД. Покрај институционалните реформи, јакнењето на родителите како активни соработници е клучно за ублажување на сиромаштијата и промовирање на отпорноста во ранливите заедници (Čvorović, 2022).

Истражувањето за РИД во Србија покажува дека и структурните и семејните фактори влијаат на нејзината ефикасност. Програмата за РИД има за цел да ги интегрира здравствените, образовните и социјалните услуги за да ги идентификува, спречи и поддржи децата со ризик во развој во рана фаза. Од друга страна, анализата покажа дека инфраструктурата е лоша и дека различните сектори не работат добро заедно. Ова значеше дека семејствата не добиваа помош на јасен начин или навреме (Nix-Small & Ilić, 2017). Истражувањата од ромските заедници сугерираат дека родителската инвестиција, а не застојот во растот, е примарен фактор во развојот на детето. Ова ја илустрира важноста на методологиите фокусирани на семејството (Čvorović, 2022).

2.14 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во БИХ

И покрај охрабрувачките знаци дека раната интервенција може да ги намали развојните ризици, таа е сè уште во зачеток во Босна и Херцеговина. Tutnjević и Vilendečić, (2021) истражуваа исплатлива техника на интервенција за деца без родители во институционални услови. Само три часа неделно индивидуализирана помош базирана на игра од квалификувани волонтери ги подобрија моторните способности, когницијата и јазикот. Дури и во услови на криза како пандемијата со КОВИД-19, тие ја покажаа потребата од одржување на третманот и користење стратегии засновани на траума (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Резултатите ја покажуваат потребата и ефикасноста на терапијата во рана фаза што се фокусира на односите и е исплатлива. Сеопфатен систем на РИД се чини дека не доаѓа предвид за Босна и Херцеговина поради значајните структурни проблеми во земјата (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Студијата на случајот на кантонот Зеница – Добој открива дека и покрај вклученоста на Владата, УНИЦЕФ и невладините организации, националната покриеност останува некоординирана и површна. Многу е тешко за децата со попреченост да добијат пристап до објекти за РИД без постојни рамки и долгорочна инфраструктура. За да биде одржливо обезбедувањето на предучилишна возраст на долг рок, политиките, институциите и соработката меѓу секторите се клучни, според резултатите од оваа студија. Иако студиите за квалитетот на предучилишното образование во Босна и Херцеговина се спроведуваат веќе некое време, сегашните наоди покажуваат дека секторот сè уште се справува со проблеми предизвикани од повоената транзиција и несоодветните структури на управување (Camović & Becirovic-Karabegovic, 2022). Инфраструктурата, ресурсите и обуката на наставниците се дел од структурната

компонента што треба да се подобри. Стратегиите за настава, разновидноста и инклузијата и усогласувањето на наставните програми се дел од компонентата поврзана со процесот. Понатаму, овие наоди укажуваат дека системските подобрувања и промените од помал обем за групите во неповолна положба треба да се земат предвид при оценувањето на услугите за предучилишна возраст во Босна и Херцеговина во однос на европските критериуми за квалитет, еднаквост и праведност (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Децата би можеле да имаат корист од мали, достапни третмани, според (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Дури и со регионални модели како Зеница – Добој, системот за предучилишна возраст е премногу фрагментиран и не успева да покрие доволно земјиште. Континуираните структурни и квалитативни проблеми во предучилишното образование, како што наведуваат (Tutnjević & Vilendečić, 2021), ја зголемуваат потребата од итни и значајни промени.

2.15 Анализа на ситуацијата за рана интервенција во детството во Косово

Во Косово, ограничената достапност на услуги за рехабилитација и развој на услуги за РИД претставуваат предизвици во справувањето со доцнењата во развојот и зајакнувањето на семејствата. Иако постојните услуги имаат за цел да поддржат инклузивно образование и пристап до социјални услуги, целокупниот дофат е попречен од недостатокот на услуги на РИД. Отсуството на правна рамка или документ за политика што конкретно се однесува на услугите за РИД дополнително ја комплицира нивната организација и координација.

Иако посветеноста на Косово за подобрување на развојот во раното детство (РРД) е артикулирана во документи како што се Националната стратегија за образование 2022 - 2026, Националната стратегија за развој 2030 и Законот за образование во раното детство, отсуството на посветен стратешки план или законска регулатива за национален систем за РИД е очигледно. Иако постојното законодавство ја признава важноста на РРД и образованието во раното детство, идентификацијата на децата кои се изложени на ризик од доцнења во развојот останува несоодветна, не успевајќи да ги задоволи нивните потреби (UNICEF, 2023).

Постои итна потреба и услугите за рана идентификација и интервенција сеопфатно да се справат со развојните потреби на децата во Косово. Додека некои даватели на услуги

нудат поддршка врз основа на проекти, одржливоста често е ограничена, а варијациите во квалитетот и покриеноста продолжуваат. Советодавните услуги за родители се исто така оскудни, што ги истакнува недостатоците во системот за поддршка. И покрај законските одредби за меѓусекторска соработка, недостасуваат ефикасни механизми за зајакнување на услугите за РИД, кои ги интегрираат секторите за образование, здравство, исхрана и заштита. Следствено, услугите насочени кон родителите, семејствата и старателите кои работат со деца во ситуации со ризик или доцнења во развојот остануваат недоволни (UNICEF, 2023).

Законодавните документи што се однесуваат на децата со доцнења во развојот и попреченост во Косово во моментот немаат прецизна дефиниција за „рана интервенција во детството“. Сепак, неодамна во новиот Закон за образование во раното детство имаше дефиниција за „идентификација во раното детство“, која конкретно го истакнува процесот преку кој се идентификуваат развојните ризици, доцнења или попречености.

И покрај ова неодамнешно појаснување, локалните документи за развој во раното детство, образование во раното детство и образование и грижа во раното детство, честопати не даваат приоритет на клучните први три години од животот. Овој период е од најголема важност во развојот на мозокот на децата, нагласувајќи ја важноста на раната идентификација за да се обезбеди децата да го достигнат својот целосен потенцијал. Недостатокот на акцент на оваа критична фаза во постојните документи може да влијае на целокупната ефикасност на интервенциите и поддршката за децата со развојни потреби.

Постои итна потреба за развој на интегриран пристап за воспоставување локален систем за РИД. Ова вклучува формулирање на наменска локална политика, план и евентуално законска регулатива за РИД, заедно со создавање сеопфатни и детални регулативи за РИД во форма на упатства и процедури за услуги. Овие почетни активности се неопходни за развој на стандарди за услуги и персонал, создавање програми за обука и за нови и за сегашни професионалци, и воспоставување функционален систем за надзор, следење и евалуација во рамките на РИД. Справувањето со овие аспекти е од клучно значење за обезбедување успех и одржливост на робустен систем за рана интервенција во детството во Косово (UNICEF, 2023).

Во Косово, различни институции за рехабилитација се грижат за децата со развојни попречености и нивните семејства, првенствено обезбедени од јавниот сектор, локалните невладини организации и приватните клиники. Пејзажот на организации што обезбедуваат услуги за деца со развојни предизвици еволуираше во последните две децении, така што најраната организација е основана во 2005 година, а најновата во 2019 година. Имено, овие услуги се карактеризираат со фрагментација, честопати специјализирани во специфични области како што се образование, здравство или социјална и детска заштита. Интеграцијата недостасува и ниедна од идентификуваните услуги не ги покажува повеќето од клучните атрибути поврзани со современите услуги за РИД. Иако некои од овие организации имаат потенцијал да ја формираат основата за развој на мултисекторски и интердисциплинарни услуги за РИД, постои јасна потреба од поголема интеграција и координација за усогласување со современите стандарди за РИД (UNICEF, 2023).

Образовните услуги во Косово претежно ги нудат предучилишните установи и ограничен број центри во заедницата, вклучувајќи јавно-приватни партнерства. Овие центри често ги прошируваат своите услуги надвор од образованието, опфаќајќи здравствени прегледи, оброци, рано идентификување на доцнења во развојот (иако неконзистентно обезбедени), стимулативни активности за деца во центарот и услуги за поддршка на родителите (кои не се постојано достапни). Во јавните предучилишни установи, Центрите за семејна медицина (ЦСМ) спроведуваат рутински здравствени прегледи без трошоци. Сепак, учеството во предучилишните установи останува ограничено, особено кај социјално загрозените популации.

Иако едукаторите генерално се добро подготвени за рано откривање и упатување, примарниот фокус на претшколското и предосновното образование е на обезбедување услуги за општо образование. Услугите за инклузивно образование во раното детство ретко се споменуваат. Едукаторите, особено неодамна дипломираните студенти, поседуваат знаење за рано откривање, но им недостасува искуство и алатки за спроведување систематски и стандардизирани развојни скрининзи и проценки. Сегашниот низок број на запишани деца во предучилишните установи и службите за грижа за деца под петгодишна возраст укажува дека образовниот систем се соочува со предизвици во обезбедувањето универзален и редовен развоен скрининг и упатувања до служби за рана интервенција во детството. Сепак, како што се прошируваат овие служби, нивната соработка и координација

треба да играат позначајна улога во универзалниот развоен скрининг и упатувањето до локалните служби за РИД во иднина (UNICEF, 2023).

III МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Историски гледано, институциите на Косово недоволно инвестирале во грижата и образованието во раното детство, што резултирало со недостаток на квалитетни програми за РИД. Овој недостаток несразмерно влијаел врз малите деца со попреченост или развојни доцнења, што ги влошувало нивните ограничени можности. Отсуството на иницијативи за рано откривање и интервенција, заедно со недоволното обезбедување услуги и непристапните простори за учење, ги влошувале предизвиците со кои се соочуваат овие деца. Покрај тоа, постојните услуги честопати не успеваале да ги стават потребите на детето како приоритет или да се усогласат со контекстот на локалната заедница. Несоодветната распределба на ресурсите за професионален развој дополнително ја ограничила достапноста на квалификувани наставници и асистенти во училницата, попречувајќи ја интеграцијата на овие деца во образованието во раното детство (UNICEF, 2019).

Неодамнешните истражувања ја нагласуваат важноста на услугите насочени кон семејството во РИД за деца на возраст од раѓање до шест години, особено оние кои се соочуваат со развојни доцнења, попречености или се во ризични состојби. Овие современи услуги, дизајнирани да се одвиваат во природната средина на детето, вклучуваа посети со родителите и старателите или дома или во центрите за грижа и образование во раното детство. Примарната цел била да се оспособат семејствата да го оптимизираат развојот на своето дете.

Воспоставувањето на сеопфатен систем за рана детска интервенција на ниво на цело Косово се сметаше за неопходно надополнување на проширувањето на инклузивните услуги за ран детски престој и предучилишно образование. Овој систематски пристап настојувал да го прошири пристапот до предучилишното образование, да ги подобри резултатите од развојот на децата и подобро да ги подготви децата за инклузивно основно образование. Опфаќајќи ги децата од раѓање до шестгодишна возраст, овој предложен систем имал за цел да ги оспособи родителите активно да придонесуваат кон развојот на своите деца во клучните рани години на брз раст и развој на мозокот. Оваа проактивна улога

на родителите не само што придонесла за остварување на целосниот потенцијал на секое дете, туку дала и пошироки позитивни влијанија врз економската продуктивност и социјалната благосостојба (UNICEF, 2023).

3.1 Цел на истражувањето и истражувачки прашања

Главната цел на оваа докторска теза беше темелно да се истражат перспективите на професионалците и родителите вклучени во интервенциите во раното детство фокусирани на семејството, со фокус на откривање на какви било разлики во нивното разбирање, очекувања и искуства. Истражувањето користеше сеопфатен и инклузивен пристап, користејќи анкети и фокус групи за собирање квалитативни и квантитативни податоци.

Понатаму, тезата го нагласи значењето на пристапите фокусирани на семејството во интервенциите во раното детство, залагајќи се за нивна непрекорна интеграција во постојните практики. Целта беше да се илустрира како ваквите пристапи придонесуваат за позитивни резултати за децата и семејствата, нагласувајќи ги долгорочните придобивки од усвојувањето на холистички и колаборативен модел на интервенција. Тезата има за цел да даде значаен придонес во академската и професионалната литература со истакнување на уникатните сознанија и импликации добиени од истражувањето.

Со цел да се обезбеди фокус за истражувањето, беа поставени следните истражувачки прашања што требаше да се истражат во оваа студија.

3.1.1 Истражувачки прашања

1. Како различните фактори, вклучувајќи ги состојбата на децата, економскиот статус и географската локација, колективно влијаат врз достапноста и влијанието на услугите за рана интервенција центрирани кон семејството за деца под 6 години во Косово?
2. Кои се заедничките перцепции што ги имаат професионалците и родителите во врска со услугите за интервенција во рано детство центрирани кон семејството и како овие перцепции влијаат врз соработката и координацијата помеѓу двете групи на засегнати страни?
3. Кои пречки и олеснувачи ги пријавуваат и професионалците и родителите во пристапот и користењето на услугите за рана интервенција во детството центрирани кон семејството и како овие фактори влијаат врз резултатите од услугите?

4. Како фреквенцијата, времетраењето и видовите посети на услугите влијаат врз квалитетот на услугите за рана интервенција во детството центрирани кон семејството и до кој степен вклученоста на семејството се смета за клучна за позитивни резултати?
5. Кои се перцепираните потреби и очекувања на професионалците во врска со обуката и развојот во интервенцијата во раното детство центрирана кон семејството и како тие се усогласуваат со преференциите и очекувањата на родителите?
6. Со какви предизвици се соочуваат организациите што испорачуваат услуги за интервенција во рано детство центрирани кон семејството и какви препораки предлагаат и професионалците и родителите, за подобрување и проширување на овие услуги во Косово?
7. Како професионалците и родителите ги перцепираат моменталните нивоа на еднаквост, вклученост и досег во услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството, особено во однос на ранливите доенчиња, малите деца и оние во оддалечените рурални области?
8. Како се пренесуваат информациите помеѓу професионалците и родителите во контекст на рана интервенција во детството фокусирана на семејството и како ефективната комуникација придонесува за позитивни резултати за децата и семејствата?

Дополнително, поради користењето на пристапот со мешани методи односно комбинација од квалитативни и квантитативни методи, како и поради користењето на методот на триангулација, беа поставени следните хипотези:

3.1.2 Хипотези

ХИПОТЕЗА БЛОК 1: ПРИСТАП ДО УСЛУГИ

X1a. Постои статистички значајна поврзаност помеѓу групата на засегнати страни (родител наспроти професионалец) и пречките за пристап до услуги за рана интервенција во детството.

X1b. Пристапот до услуги за интервенција во раното детство се разликува според географската локација и економскиот статус.

ХИПОТЕЗА БЛОК 2: СТРУКТУРА И ИНТЕНЗИТЕТ НА УСЛУГИТЕ

X2a - Нивоата на учество на семејството се разликуваат според фреквенцијата на услугите и интензитетот на посетите.

X2б - Учесството на семејството се разликува според различните услови за испорака на услуги (дома, центар, мешано).

ХИПОТЕЗА БЛОК 3: ПРАКТИКИ ЦЕНТРИРАНИ КОН СЕМЕЈСТВОТО

X3a - Учесството на семејството во донесувањето одлуки за ИСПУ (Индивидуализиран семеен план на услуги) не е поврзано со видот на професионално вклучување и структурата на тимот.

ХИПОТЕЗА БЛОК 4: СКРИНИНГ

X4a - Нема статистички значајна разлика во возраста на запишување кај групите деца кои добиле скрининг за ран развој.

ХИПОТЕЗА БЛОК 5: КАПАЦИТЕТ НА РАБОТНАТА СИЛА И КВАЛИТЕТ НА УСЛУГИТЕ

X5a - Поголем обем на услуги за РИД што ги даваат професионалците и моделот на интеракција за испорака на услуги се поврзани со подолго траење на посетата.

ХИПОТЕЗА БЛОК 6: ПРЕДИЗВИЦИ НА СИСТЕМОТ

X6a - Распределбата според социоекономскиот статус на семејството е значително предвидена од времетраењето на посетата и развојните состојби на детето, контролирајќи го обемот на услугите за РИД што ги обезбедуваат професионалците, моделот на интеракција за испорака на услуги и предизвиците на системот за РИД.

ХИПОТЕЗА БЛОК 7: УСОГЛАСУВАЊЕ НА ПЕРЦЕПЦИЈАТА НА ЗАСЕГНАТИТЕ СТРАНИ

X7a - Постојат разлики помеѓу родителите и професионалците во пријавените приоритетни препораки за подобрување на услугите за ИРД.

3.2 Методи и пристап на истражување

Истражувањето користеше пристап со мешан метод, користејќи конвергентен дизајн кој ги интегрираше и квантитативните и квалитативните методологии. Овој комбиниран

пристап имаше за цел да ја зголеми длабочината и ширината на увидите во истражувачките прашања, обезбедувајќи посеопфатно разбирање на феноменот што се истражува.

Во квантитативната фаза, податоците прво беа сумирани со употреба на дескриптивна статистика (средни вредности и стандардни отстапувања) за да се претстават карактеристиките на учесниците (родители наспроти професионалци), моделите на услуги и клучните индикатори (на пр., скрининг/проценка, интензитет на услуги, учество на семејството и мерки поврзани со работната сила). Ова дескриптивно профилирање обезбеди емпириска основа за последователно тестирање на хипотези низ седумте тематски блокови.

Потоа беа спроведени инференцијални анализи за да се совпадне нивото на мерење на секоја хипотеза. За хипотези што ги споредуваат групите на засегнати страни врз основа на категорични дистрибуции (X1a, X7a), беа применети Пирсоновите хи-квадрат тестови за да се процени дали родителите и професионалците се разликуваат во пријавените бариери за пристап и во приоритетните препораки за подобрување на услугите за економско-интензивна нега. Онаму каде што тестовите за асоцијација вклучуваа големи табели за контингенција со ретки ќелии, резултатите беа толкувани претпазливо со земање предвид на прекршувања на претпоставките (очекувани бројки) и комплементарни индекси на асоцијација (пр. Пирсонов коефициент на корелација R, Спирманов коефициент на корелација rho).

За тестирање на средните разлики во хипотезите меѓу повеќе групи (X1b, X2a, X2b, X4a), беше користена еднонасочна АНОВА за да се испита дали континуираните или скалираните индикатори се разликуваат според географската локација, фреквенцијата на услугите/интензитетот на посети, контекстот на испорака на услуги и категориите на возраст на запишување. Заедно со статистичката значајност, беа пријавени средните вредности на групите, варијабилноста и интервалите на доверба како поддршка на суштинската интерпретација, особено кога нееднаквите и многу малите големини на подгрупите ја намалуваат статистичката моќ.

За да се процени капацитетот на работната сила и структурните предиктори за интензитетот и досегот на услугите (X5a, X6a), беа проценети повеќекратни линеарни регресиони модели. Времетраењето на посетата и распределбата на семејниот социоекономски статус беа моделирани како зависни варијабли, додека обуката, обемот на

услугите, моделот на интеракција, развојниот профил на детето и индикаторите за капацитет на системот беа внесени како истовремени предиктори. Статистиката за усогласеност на моделот (R , R^2 /Прилагоден R^2 , F -тестови) и стандардизираните коефициенти (β) беа користени за да се идентификуваат најсилните независни предиктори и да се утврди дали хипотезите се целосно или делумно поддржани.

Конечно, мерките за корелација (Пирсон/Спирман, по потреба) беа користени како поткрепувачки докази за да се процени силата и насоката на врските и да се надополнат резултатите од Хи-квадрат, особено во случаи кога големините на ефектите беа мали или претпоставките од табелата на контингенција беа прекршени. Генерално, комбинираната примена на дескриптивна статистика, тестовите од Хи-квадрат, АНОВА, повеќекратна регресија и корелациска анализа ја зајакна квантитативната компонента со усогласување на секоја хипотеза со соодветна аналитичка стратегија и со обезбедување транспарентни докази за поддршка или побивање на предложените врски.

Истовремено, квалитативната компонента беше беспрекорно интегрирана во дизајнот на истражувањето, вклучувајќи употреба на структурирани фокус групи со професионалци и родители. Овој метод на квалитативно собирање податоци се покажа како особено вреден за истражување на нијансираните перспективи и искуства поврзани со интервенциите во раното детство центрирани кон семејството.

Квалитативната фаза опфаќаше транскрипција на дискусиите во фокус групите, проследена со темелна и систематска анализа. Преку техники на квалитативна анализа како што е тематско кодирање, истражувањето имаше за цел да идентификува појавни теми, шеми и клучни наоди во рамките на квалитативните податоци. Овој процес обезбеди богато и нијансирано истражување на животните искуства и перспективи на учесниците, надополнувајќи ги квантитативните наоди со подлабоко разбирање на човечките аспекти на феноменот (Hesse-Biber, 2010).

Интеграцијата на наодите преку триангулација претставуваше методолошки пристап кој се стремеше да ја зајакне веродостојноста и валидноста на студијата со спојување на увиди добиени од различни методи, извори на податоци или перспективи. Триангулацијата, како стратегија за истражување, ги призна вродените ограничувања на потпирањето исклучиво на еден вид податоци или методологија, со цел да се

неутрализираат потенцијалните пристрасности и да се зголеми робушноста на заклучоците од студијата.

Триангуларниот пристап усвоен во оваа студија се покажа како особено поволен бидејќи овозможи посеопфатно истражување на истражувачките прашања. Со искористување на силните страни и на квантитативните и на квалитативните податоци, студијата постигна поцелосно разбирање на феномените што се истражуваа. Квантитативните податоци, со својата нумеричка прецизност и статистичка ригорозност, обезбедија структуриран преглед на трендовите и шемите. Од друга страна, квалитативните податоци, богати по длабочина и контекст, навлегоа во нијансите на човечките искуства, нудејќи подлабоко разбирање на предметот.

Комбинацијата на овие различни, но комплементарни методи не само што обезбеди поцелосна слика, туку и го олесни вкрстеното проверување и валидација на наодите. Кога податоците од различни извори се спојуваа за да поддржат заеднички заклучок, се зголеми довербата во резултатите од истражувањето. Оваа методолошка синергија придонесе за целокупната сигурност на студијата со ублажување на слабостите својствени за индивидуалните истражувачки пристапи.

Покрај тоа, триангулираниот пристап послужи како заштита од потенцијални пристрасности или ограничувања својствени за квантитативните или квалитативните методи. На пример, ограничувањата на истражувањата со самопријавување во квантитативното истражување беа ублажени со потврдување на тие наоди со квалитативни сознанија добиени преку интервјуа или фокус групи.

Во фазата на анализа, квантитативните наоди беа прецизно претставени со помош на дескриптивна статистика, вклучувајќи табели и специфични графикони. Овие статистички алатки, како што се аритметичката средина и стандардната девијација, понудија јасна и концизна репрезентација на нумеричките резултати добиени од квантитативната компонента. Визуелното претставување на податоците преку табели и графикони овозможи брз и разбирлив преглед на клучните трендови и обрасци, со што се подобри пристапноста и интерпретацијата на квантитативните наоди.

Истовремено, квалитативните податоци беа претставени преку детални описи на идентификуваните теми, обрасци и клучни наоди кои произлегоа од дискусиите во фокус

групите. Тематското кодирање и деталната анализа на квалитативните податоци имаа за цел да обезбедат богата нарација што ги доловува нијансите и сложеноста на искуствата и перспективите на учесниците. Ова наративно претставување придонесе за холистичко разбирање на квалитативните сознанија, со што се обезбеди адекватно пренесување на човечките аспекти и контекстуалните нијанси.

На крајот, конвергентниот дизајн усвоен во оваа студија настојуваше да го збогати целокупното разбирање на рана интервенција во детството насочена кон семејството, преку искористување на комплементарните предности на квантитативните и квалитативните истражувачки методи. Комбинираните сознанија од овие два пристапа придонесоа за поробустна интерпретација на наодите од истражувањето. Оваа методолошка синергија ја зголеми валидноста и веродостојноста на студијата со ублажување на ограничувањата својствени за секој поединечен метод и обезбедување на понијансирана и холистичка перспектива за истражувачките прашања (Mertens, 2019).

3.3 Истражувачки техники

- *Техника на квантитативно истражување.* Оваа техника вклучуваше употреба на структурирани прашалници за собирање податоци од професионалци и родители. Овозможи мерење на клучните варијабли, статистичка анализа и овозможи изведување на значајни квантитативни сознанија.

- *Техника на квалитативно истражување.* Оваа техника вклучуваше организирање фокус групи со професионалци и родители за да се добијат подлабоки квалитативни сознанија. Интерактивната природа на фокус групите овозможи потемелно разбирање на искуствата, перцепциите и мислењата на учесниците.

3.4 Истражувачки инструменти

Инструментите за анкета и прашањата за фокус групите и за професионалците и за родителите беа развиени и адаптирани врз основа на шаблоните на прашалниците дадени во *Методолошкиот водич: Истражување за анализа на националната ситуација за рана интервенција во детството* од (Vargas-Baron et al., 2019), објавен од Фондот за деца на Обединетите нации (УНИЦЕФ). Прашалниците и прашањата за фокус групите може да се најдат во анексите.

Прашалници. Ова беа структурирани алатки што содржеа специфични прашања дизајнирани да извлечат целни информации од учесниците. Инструментите собираа квантитативни податоци преку стандардизирани одговори, олеснувајќи ја статистичката анализа.

Фокус групи. Во рамките на групите на учесници се одржаа водени дискусии за да се истражат нивните перспективи и искуства. Прашањата беа различни: за професионалците имавме 12 прашања, додека за родителите имавме 10 прашања. Примарната цел на фокус групите беше да се соберат квалитативни податоци преку поттикнување на интерактивна групна динамика и охрабрување на учесниците отворено да ги споделат своите сознанија и гледишта (Hile et al., 2016).

Во истражувањето за докторската дисертација, беа користени структурирани прашалници за систематско собирање квантитативни податоци од разновидни учесници. Ова овозможи сеопфатна анализа на нивните перспективи и искуства во областа на семејно центрираната рана интервенција во детството. Дополнително, беа спроведени фокусирани и интерактивни водени дискусии преку внимателно организирани фокус групи во кои беа вклучени и родители и професионалци. Овие сесии донесоа нијансирани квалитативни сознанија и олеснија подлабоко разбирање на повеќеслојните аспекти на темата на студијата.

3.5 Примерок и временска рамка

Истражувањето опфати учество на 112 родители и 73 професионалци. Како составен дел од студијата, беа спроведени 5 фокус групи, 3 со родители и 2 со професионалци. Вкупно 48 учесници беа вклучени од двете групи. Учесниците беа избрани од професионалци кои моментално се вклучени во рана интервенција во детството и работат со деца, како и родители на овие деца, од различни општини во Косово. За да се обезбеди достапност и практичност при изборот на учесници, беше употребен пригоден примерок. Овој пристап на земање примероци без веројатност вклучуваше избор на учесници врз основа на нивната достапност и подготвеност да учествуваат во студијата (Creswell, 2009). За ефикасно спроведување на истражувањето во кое беа вклучени 112 родители и 73 професионалци, заедно со пет фокус групи, беше следена детална временска рамка:

Подготовка и планирање. Траеше еден месец, во текот на кој беше развиен протоколот за истражување, беа идентификувани локациите на фокус групите, беа подготвени инструментите за анкета и беа добиени етички одобренија.

Регрутирање на учесници. Траеше два месеци. Во овој период, беа идентификувани и контактирани потенцијалните учесници, беше објаснета студијата и беше добиена информирана согласност. Беше применето систематско земање примероци врз основа на однапред одредени интервали во општините во Косово.

Сесии на фокус групи. Спроведено во период од два месеци, од ноември 2024 до јануари 2025 година. Петте сесии на фокус групи беа закажани за да се обезбеди рамномерна распределба меѓу родителите и професионалците и да се прилагоди достапноста на учесниците.

Квантитативно собирање податоци (анкети). Спроведено истовремено со сесиите на фокус групите. Овој истовремен пристап овозможи ефикасно собирање и на квантитативни и на квалитативни податоци.

Собирање и прочистување на податоци. Оваа фаза беше спроведена за еден месец. Одговорите од анкетата беа собрани и прочистени, а дискусиите од фокус групите беа транскрибирани за анализа.

Анализа на содржината. Траеше два месеци. Квалитативните податоци беа кодирани и анализирани за да се идентификуваат темите и да се извлечат значајни сознанија, додека статистичката анализа беше извршена врз квантитативните податоци.

Пишување извештај и документација. Траеше два месеци, во текот на кои наодите од двете методолошки компоненти беа интегрирани во истражувачкиот извештај.

Финализирање и поднесување. Последниот месец беше посветен на преглед на извештајот за почитување на етичките стандарди и подготовка за поднесување.

3.6 Анализа на податоци

Студијата користеше структурирани прашалници и фокус групи за да ги истражи перспективите и на професионалците и на родителите во врска со раната интервенција во детството фокусирана на семејството. Прашалниците беа пополнети на хартија во различни центри за рана интервенција, опфаќајќи делови за демографијата на учесниците,

професионалните области, карактеристиките на децата на кои им се пружаат услугите, видовите и фреквенцијата на услугите за рана интензивна нега, професионалната обука и надзор, како и перципираните предизвици и препораки за подобрување на услугите. Прашалниците вклучуваа прашања со повеќекратен избор, контролни листи и категорични опсези за да се обезбеди соодветно мерење на секоја област, а целосните инструменти се дадени во Анекс 1 и 2. Фокус групите беа спроведени одделно за родители (две групи со 9 и 10 учесници, соодветно) и професионалци (две групи од по 10 учесници), во траење од 60 - 85 минути, модерирани исклучиво од истражувачот, и аудио снимени, транскрибирани дословно и анонимизирани. Приватноста беше обезбедена преку користење на приватни простории и јасни групни правила. Етичките процедури беа строго следени, вклучувајќи доброволно учество, информирана согласност и целосно почитување на упатствата на Општата регулатива за заштита на податоци за заштита на податоците на учесниците. Квантитативните податоци од прашалниците беа анализирани со помош на СПСС (статистички софтвер за социјални науки) верзија 29, користејќи дескриптивна статистика, средни вредности, стандардни отстапувања и хи-квадрат анализи за да се испитаат разликите меѓу групите, додека квалитативните податоци од фокус групите беа систематски кодирани за да се идентификуваат темите и шемите. Триангулацијата на квантитативните и квалитативните наоди ја зголеми веродостојноста и валидноста на студијата, обезбедувајќи сеопфатно разбирање на интервенциите во раното детство фокусирани на семејството. Овој повеќеслоен пристап обезбеди холистичка перспектива, комбинирајќи ги предностите и на квантитативните и на квалитативните анализи на податоци (Mertens, 2019).

3.7 Етички разгледувања

Ова истражување строго се придржуваше до упатствата наведени во Општата регулатива за заштита на податоците (ОРЗП), регионален закон на Европската Унија (ЕУ) кој ги обврзува институциите да ги заштитат личните податоци и приватноста на граѓаните на ЕУ, како во рамките на ЕУ, така и надвор од неа. Клучните аспекти разгледани во ова истражување вклучуваа гарантирање на доброволното учество на испитаниците во истражувањето, обезбедување на приватноста и анонимноста на сите вклучени учесници, соодветно признавање на делата на други автори користени во кој било дел од дисертацијата преку употреба на соодветен систем за референцирање и одржување на

највисоко ниво на објективност во дискусиите и анализите во текот на целиот процес на истражување.

IV РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО И АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ

Во следниот дел од оваа докторска дисертација ќе се анализираат сите добиени податоци, според нивната природа - квалитативните податоци аналогно на истражувачките прашања и квантитативните податоци аналогно на хипотезите. Дискусијата дадена подолу е поделена на подсекции.

4.1 Достапност и влијанието на услугите за рана интервенција фокусирани на семејството за деца под 6 години во Косово

4.1.1 Еднаквост и достапност на услугите за рана интервенција во детството во Косово

Со испитување на развојните тешкотии на децата, економската состојба на семејствата и географската локација на децата, се идентификуваа варијации во пристапот и резултатите од програмите за рана интервенција. Податоците даваат увид во тековните проблеми и потребата од инклузивни политики, покажувајќи како индивидуалните, општествените и институционалните фактори меѓусебно влијаат врз достапноста и квалитетот на услугите.

Табела 1, дадена подолу ја прикажува распределбата на покриеноста со услуги според географската локација. Наодите покажуваат дека огромното мнозинство од учесниците (N = 91; 81,3 %) се од урбани средини, додека значително помал дел (N = 21; 18,7 %) се од рурални средини. Оваа распределба покажува јасна концентрација на услуги за рана интервенција во детството во градските средини, што укажува дека пристапот до услугите и учеството се значително повисоки во урбаните општини во споредба со селата.

Табела 1 Описна статистика за покриеност на услугите по географска локација

Покриеност	N (број на случаи)	%
Град	91	81.3 %
Село	21	18.7 %

Релативно ниската застапеност на учесниците од руралните средини ги одразува структурните нееднаквости во достапноста на услугите, опфатот или пристапноста во рурални контексти. Семејствата во урбаните средини имаат многу поголема веројатност да стигнат и да ги користат услугите за РИД. Оваа нерамнотежа укажува на структурни бариери што ги засегаат руралните семејства, како што се растојанието до услужните места, ограничената достапност на специјалисти, ограничувањата во транспортот и помалку информации/патеки за упатување, кои честопати се влошуваат од попредизвикувачки соцоекономски услови. Во комбинација со здравствената или развојната состојба на детето и ресурсите на домаќинството, овие географски нееднаквости можат да ги прошират јазовите и во пристапот и во квалитетот на услугите, нагласувајќи ја потребата од насочени стратегии и политики за зајакнување на руралниот опфат и проширување на правичната покриеност низ целата земја.

Овие резултати укажуваат на потенцијални географски нееднаквости во покриеноста на услугите за РИД фокусирани на семејството, особено за семејствата што живеат во рурални или области со ниски ресурси. Од системска перспектива, наодите ја истакнуваат потребата од зајакнување на механизмите за опфат на руралните средини и обезбедување порамномерна распределба на услугите низ географските региони во Косово.

4.1.2 Состојби на децата

Табела 2 ја прикажува распределбата на состојбите на децата во однос на пристапот до услугите. Вредностите (на пр., 6,48) претставуваат аритметичка средина (М) од резултатот за пристап/подршка на услугите за секоја група состојби (т.е. просечното ниво на пристап/подршка пријавено на скалата за мерење на студијата). Децата со попреченост (М = 6,48) и оние со две или повеќе доцнења/попречености (М = 6,12) имаат највисоки просечни нивоа на подршка, што укажува дека услугите се повеќе концентрирани на повидливи или јасно препознаени случаи. Децата со доцнења во развојот (М = 5,72) и оние со нарушувања во однесувањето или емоционалните нарушувања (М = 4,95) спаѓаат во средниот опсег. Спротивно на тоа, потребите поврзани со менталното здравје (М = 2,17) и ситуациите со ризик (М = 2,00) покажуваат најниска просечна подршка, што укажува дека овие групи може да бидат потценети и со помала веројатност да бидат идентификувани и упатени на време. Генерално, овој модел укажува на нееднаквости во пристапот и доцнења во идентификацијата.

Табела 2 Описна статистика за состојбите на децата (средна вредност и стандардна девијација)

Состојби на децата	N (број на случај)	%	Средна вредност	Стандардна девијација
Деца во ризични ситуации (предвремено родени, со мала родилна тежина, недоразвиени во растот, недоразвиени, мајки под 19 години)	11	9.82 %	2	0.45
Деца со развојни задоцнувања	46	41.07 %	5.72	6.09
Деца со попреченост	27	24.11 %	6.48	7.79
Деца со нарушувања во однесувањето и емоционалната регулација (нарушување на аутистичниот спектар, нарушувања на дефицит на внимание и хиперактивност)	40	35.71 %	4.95	5.05
Деца со потреби за ментално здравје (депресија, анксиозност, деца со различни трауматски искуства итн.)	6	5.36 %	2.17	1.94
Деца со две или повеќе доцнења и попречености	24	21.43 %	6.12	6.55

Резултатите презентирани во Табела 2, исто така, покажуваат значајни варијации. Децата со попреченост ($M = 6,48$, $SD = 7,78$) и оние со две или повеќе доцнења ($M = 6,12$, $SD = 6,55$) не само што имаат повисоки просечни нивоа на поддршка, туку и пошироки дистрибуции, што укажува на разлики во опфатот во рамките на овие групи. Доцнењата во развојот ($M = 5,72$, $SD = 6,09$) и нарушувањата во однесувањето/емоционалното растројство ($M = 4,95$, $SD = 5,05$) одразуваат средни нивоа на поддршка, со јасни варијации од случај до случај. Во меѓувреме, групите со ризик ($M = 2,00$) и оние со потреби за ментално здравје ($M = 2,17$) покажуваат и ниски просеци и релативно мали отстапувања, што може да укажува на постојано ограничен пристап, а не на нееднаква распределба. Генерално, описниот модел сугерира дека ограничената рана идентификација, заедно со географските и социоекономските нееднакости, влијае на обезбедувањето услуги.

4.1.3 Општа економска состојба на семејствата

На графиконот подолу, повеќето семејства (60,7 %) спаѓаат во категоријата со среден приход ($n = 68$), додека 16,9 % се класифицирани како семејства со повисок приход ($n = 19$) и 22,3 % како семејства со понизок приход ($n = 25$), за вкупен примерок од $N = 112$ семејства.

Категориите на приход беа дефинирани врз основа на месечниот приход на домаќинството на следниов начин:

- Понизок приход: под 400 евра месечно;
- Среден приход: 401 – 900 евра месечно;
- Повисок приход: над 900 евра месечно.

Во оваа анализа, „покриеност“ се однесува на резултатот за пристап до услуги/поддршка мерен на скала од 0 до 10, каде што повисоките резултати укажуваат на поголем пристап до услуги за рана интервенција и пошироко користење на услугите. За интерпретативни цели, нивоата на покриеност беа категоризирани како:

- Ниска покриеност: 0 – 3;
- Средна покриеност: 4 – 6;
- Висока покриеност: 7 – 10.

Дескриптивните резултати (Табела 3) покажуваат дека семејствата со среден приход ($M = 8,75$, $SD = 7,18$) пријавуваат највисока просечна покриеност, но исто така и најголема дисперзија, што укажува на варијабилност во пристапот во рамките на оваа група. Семејствата со повисок приход ($M = 2,93$, $SD = 2,55$) покажуваат пониска просечна покриеност со умерена варијабилност. Семејствата со пониски приходи ($M = 2,37$, $SD = 1,89$) пријавуваат најниска просечна покриеност и релативно мала дисперзија, што укажува на постојано ограничен пристап.

Спроведен е тест на независност со Хи-квадрат за да се испита поврзаноста помеѓу економскиот статус (понизок, среден, горен приход) и нивото на покриеност (низок, среден, висок). Анализата покажа статистички значајна поврзаност:

$$\chi^2(4) = 18,64, p = .001, \text{ Крамеров } V = .29.$$

Ова укажува на умерена поврзаност помеѓу семејниот приход и нивото на покриеност со услуги, што укажува дека економскиот статус е поврзан со разликите во пристапот до услуги за рана интервенција.

Табела 3 Описна статистика на семејствата според економската состојба

Економска состојба	N (број на случаи)	%	Средна вредност	Стандардна девијација
Ниски приходи	25	22.32 %	2.37	1.892
Средни приходи	68	60.71 %	8.75	7.189
Високи приходи	19	16.96 %	2.93	2.549

Пирсоновиот хи-квадрат тест покажа поврзаност помеѓу ставовите на испитаниците за праведноста, пристапноста и инклузивноста на програмите за рана интервенција за деца од рурални домаќинства со среден приход и соодветните модели на одговори во базата на податоци, $\chi^2(136) = 218,574$, $p < .001$. Ова сугерира дека перцепциите за овие димензии на програмата систематски варираат низ категориите споредени во анализата (т.е. распределбата на одговорите не е униформна).

Втор Пирсонов хи-квадрат тест ја испита поврзаноста помеѓу предизвиците поврзани со вработувањето на родителите, кои произлегуваат од развојните доцнења кај нивното дете и финансиската состојба на семејството (приходна група), така што беше добиено $\chi^2(176) = 250.828$, $p < .001$. Ова укажува дека тешкотиите во одржувањето на вработувањето и економската состојба на домаќинството се поврзани со разлики во пријавениот пристап до услугите за рана интервенција.

Земени заедно, овие резултати покажуваат дека разликите во одговорите на родителите и професионалците веројатно нема да бидат случајни варијации во примерокот; туку, тие одразуваат моделирани разлики во пријавените искуства и перцепции во контекст на рана интервенција. Сепак, како и со секој Хи-квадрат тест, наодите опишуваат поврзаност (не причинско-последична врска) и треба да се толкуваат заедно со дескриптивната статистика и контекстуалните фактори како што се рурално-урбаните бариери и ограничувањата на домаќинствата.

Забелешка за двете χ^2/df вредности: различните степени на слобода произлегуваат од тоа што тестовите вклучуваат различни табели на контингенција (т.е. различен број на категории/опции за одговор или различни комбинации на променливи), што се менува df според $df = (r-1)(c-1)$.

Тематска анализа на **фокус групите** (родителите го оцениле С#, а професионалците/персоналот во центарот го оцениле В#) покажува дека раната интервенција во детството во Косово се доживува како силно зависна од вклученоста на семејството, но ограничена од нееднакви ресурси, ограничена стандардизација и слаба системска поддршка. Професионалците изјавија дека се обидуваат да ги тренираат родителите преку поедноставување на индивидуализираните планови и дозволување на родителите да набљудуваат сесии за да можат да применуваат активности дома („се

обидуваме да поедноставиме... родителите можат да присуствуваат на терапевтска сесија... а потоа да работат... дома“, Б1). Сепак, поддршката од дома и заедницата честопати се опишуваше како проектно-базирана и краткорочна („домашни посети... но тоа е само проект што може да заврши за 6 - 7 месеци“, Б2-Б3), а стигмата или неподготвеноста на семејството понекогаш го ограничуваат ангажманот („членовите на семејството не прифаќаат... Морав да се претставам како едукатор“, Б5).

Втора конзистентна тема беше потребата од подобрена обука пред и во текот на работното место: професионалците ја опишаа моменталната пракса како доминирана од АБА (применета анализа на однесување) базирана на шаблони и логопедска терапија („сите тие работат со шаблони“, Б1) и ги нагласија потребите за специјализација, како што е поддршка за родителите информирана за траумата по дијагнозата (Б4), како и практично учење преку студиски посети и размена на врсници (Б5). Во однос на координацијата, учесниците опишаа редовни внатрешни неделни состаноци, но надворешните упатувања останаа неформални и случај по случај, што го одразува отсуството на стандардизиран пат на упатување. Родителите пријавија активно учество во изборот на услуги за нивното дете на првиот состанок за планирање, иако дискусијата за пошироките семејни потреби изгледаше помалку систематска. Повеќето родители опишаа дека примале АБА (применета анализа на однесување), говорна и работна терапија и ги поврзаа со видливиот напредок на детето („логопедијата помогна... зголемен број зборови“, С17/С3; „поагресивна сега посмирена“, С19), но учеството беше предизвикано од недостатокот на можности за обука на родителите и практичните ограничувања како што се одговорностите за грижа и прекилот на вработувањето („Морав да престанам да работам“, С11; „никој... немаше можност да биде дел од каква било обука“, резиме на групата). Родителите, исто така, ги истакнаа празнините во услугите (на пр., достапност на физиотерапија) и претпочитање за поинтензивни опции и опции во домот. Конечно, додека супервизијата и внатрешното известување беа опишани како присутни („секој чекор... е надгледуван“, Б1), следењето и евалуацијата во голема мера се потпираа на напредокот на детето и неформалните родителски повратни информации, а не на стандардизирани алатки (Б16). Овие квалитативни модели се триангуларизираат со квантитативните резултати (на пр., Табела 3), кои исто така укажуваат на разлики во пристапот/покриеноста на услугите поврзани со приходите и контекстот.

Клучни точки од фокус групите се дадени подолу:

- Се практикува коучинг за родители (поедноставени индивидуализирани планови, набљудување на сесиите), но поддршката дома/заедница е често краткорочна и зависи од финансирање (Б1– Б3).
- Стигмата и отпорот на семејството можат да го намалат ангажманот и да ја ограничат ефективната работа од дома (Б5).
- Професионалците бараат ажурирана обука базирана на докази надвор од пристапите базирани на шаблони и поголема специјализација (на пр., грижа информирана за траума) (Б1, Б4).
- Постои внатрешна координација (неделни состаноци), но патиштата за надворешни упатувања се неформални и не се стандардизирани.
- Родителите известуваат дека се вклучени во изборот на услуги за деца, додека потребите за поддршка на целото семејство се помалку доследно адресирани.
- Вообичаените услуги вклучуваат АБА (применета анализа на однесување), говорна и работна терапија, така што родителите известуваат за перцепиран напредок на детето (С3, С17, С19).
- Родителите сакаат повеќе обука и посеопфатни модели (целодневна поддршка, услуги од дома); бариерите вклучуваат време, алатки и прекин на вработувањето (С8, С11).
- Надзорот е присутен, но практиките за следење/евалуација варираат и често се потпираат на неформални индикатори (Б1, Б16).
- Квалитативните теми се усогласуваат со квантитативните шеми што ги покажуваат економските/контекстуалните бариери за пристап.

X1a. Постои статистички значајна поврзаност помеѓу групата засегнати страни (родител наспроти професионалец) и пријавените бариери за пристап до услуги за рана интервенција во детството.

За хипотезата X1a, беше спроведен Хи-квадрат тест на независност за да се испита дали постои поврзаност помеѓу групата засегнати страни (родител наспроти професионалец) и пријавените бариери за пристап до услуги за рана интервенција во

детството . Пирсоновата Хи-квадрат статистика беше $\chi^2(58) = 67,502$, $p = ,184$, врз основа на 108 валидни случаи. Бидејќи p -вредноста е поголема од ,05, резултатот не е статистички значаен. Тестот за односот на веројатност ($p = 0,437$) и линеарната-по-линеарна поврзаност ($p = 0,264$) исто така потврдија **отсуство на статистички значајна врска помеѓу групата засегнати страни и пријавените бариери.**

Табела 4 Хи-квадрат тест на поврзаност помеѓу групата на засегнати страни и приоритетните препораки за подобрување на услугите за економско-интензивна нега

Хи-квадрат тест

	Вредност	ДФ	Асимптотска значајност (двострана)
Пирсоновиот хи-квадрат	67.502 ^a	58	.184
Коефициент на веројатност	59.051	58	.437
Линеарно-по-линеарно поврзување	1.247	1	.264
Број на валидни случаи	108		

a. 86 ќелии (95,6 %) имаат очекуван број помал од 5. Минималниот очекуван број е 0,04.

Табелата со хи-квадрат покажува дека иако разликите во пријавените бариери постојат дескриптивно помеѓу родителите и професионалците, овие разлики не се доволно силни за да достигнат статистичка значајност. Важно е да се напомене дека 95,6 % од ќелиите имале очекувани броеви пониски од 5, што укажува на оскудни податоци и голем број категории во однос на големината на примерокот. Затоа, иако варијацијата е видлива на дескриптивно ниво, статистичкиот тест не поддржува значајна поврзаност.

Табела 5 Симетрични мерки за поврзаност помеѓу групата на засегнати страни и приоритетните препораки за подобрување на услугите за економско-индустриска заштита

Симетрични мерки

		Вреднос т	Асимптотска стандардна грешка	Приближна T^b	Приближна значајност
Интервал по интервал	Пирсоновиот Р	.108	.088	1.118	.266 ^c
Реден по Реден	Спирманова корелација	.143	.093	1.488	.140 ^c
Број на валидни случаи		108			

а. Непретпоставување на нултата хипотеза.

б. Користење на асимптотската стандардна грешка претпоставувајќи ја нултата хипотеза.

в. Врз основа на нормална апроксимација.

Симетричните мерки дополнително ја потврдуваат оваа интерпретација. Пирсоновиот Р (0,108, $p = 0,266$) и Спирмановата корелација (0,143, $p = 0,140$) покажуваат слаби и незначителни асоцијации помеѓу групата на засегнати страни и пријавените бариери. Овие многу мали коефициенти укажуваат на минимална практична врска помеѓу варијаблите. Врз основа на овие резултати, **хипотезата X1a не е поткрепена**, бидејќи не е пронајдена статистички значајна поврзаност помеѓу групата на засегнати страни (родител наспроти професионалец) и пријавените бариери за пристап до услуги за рана интервенција во детството.

X16. Пристапот до услуги за интервенција во раното детство се разликува во зависност од географската локација и економскиот статус.

За хипотезата X16, разликите во пристапот до услуги за РИД според географската локација беа испитани со користење на Развојниот скрининг и проценка како индикатор за пристап. Беше спроведена еднонасочна АНОВА за да се споредат средните резултати од скринингот и проценката низ различни општини и локации. Зависната променлива се движеше од 1 до 2,33, така што повисоките вредности укажуваат на пошироки или посеопфатни патишта за проценка.

Табела 6 Описна статистика за развојниот скрининг и проценка по општини и проценка

Developmental Screening and Assessment

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95 % Confidence Interval for		Minimum	Maximum
					Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
Prishtina	33	1.1515	.26472	.04608	1.0577	1.2454	1.00	2.00
Obiliq	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Fushe Kosove	4	1.2500	.50000	.25000	.4544	2.0456	1.00	2.00
Gjilan	7	1.2381	.25198	.09524	1.0051	1.4711	1.00	1.67
Mitrovica	12	1.6944	.52143	.15052	1.3631	2.0257	1.00	2.33
Prizren	4	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
Besi, Prishtine	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Arllat, Drenas	1	1.3333	.	.	.	.	1.33	1.33
Millosheve, Obiliq	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Skenderaj	5	1.4667	.55777	.24944	.7741	2.1592	1.00	2.33
Plemetin, Obiliq	1	1.3333	.	.	.	.	1.33	1.33
Astrazub. Malisheve	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Lipjan	3	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
Zabel i ulet, Skenderaj	1	1.6667	.	.	.	.	1.67	1.67
Llapashtic, Podujeve	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Harilaq, Fushe Kosove	1	1.6667	.	.	.	.	1.67	1.67
Korrotic e Eperme, Drenas	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Istog	2	1.5000	.70711	.50000	-4.8531	7.8531	1.00	2.00
Ferizaj	11	1.3333	.39441	.11892	1.0684	1.5983	1.00	2.00
Komoran	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Vushtrri	2	1.3333	.47140	.33333	-2.9021	5.5687	1.00	1.67
Mitrovice	2	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
Pestove	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Selac	1	1.3333	.	.	.	.	1.33	1.33
Buroje	1	2.3333	.	.	.	.	2.33	2.33
Bequku	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Novosell	1	1.6667	.	.	.	.	1.67	1.67
Dedi	1	1.6667	.	.	.	.	1.67	1.67
Poslisht	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Viti	1	1.3333	.	.	.	.	1.33	1.33
Rogane	2	1.1667	.23570	.16667	-.9510	3.2844	1.00	1.33
Shtime	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Zaskok	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Kacanik	2	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
Elez Han	1	2.0000	.	.	.	.	2.00	2.00

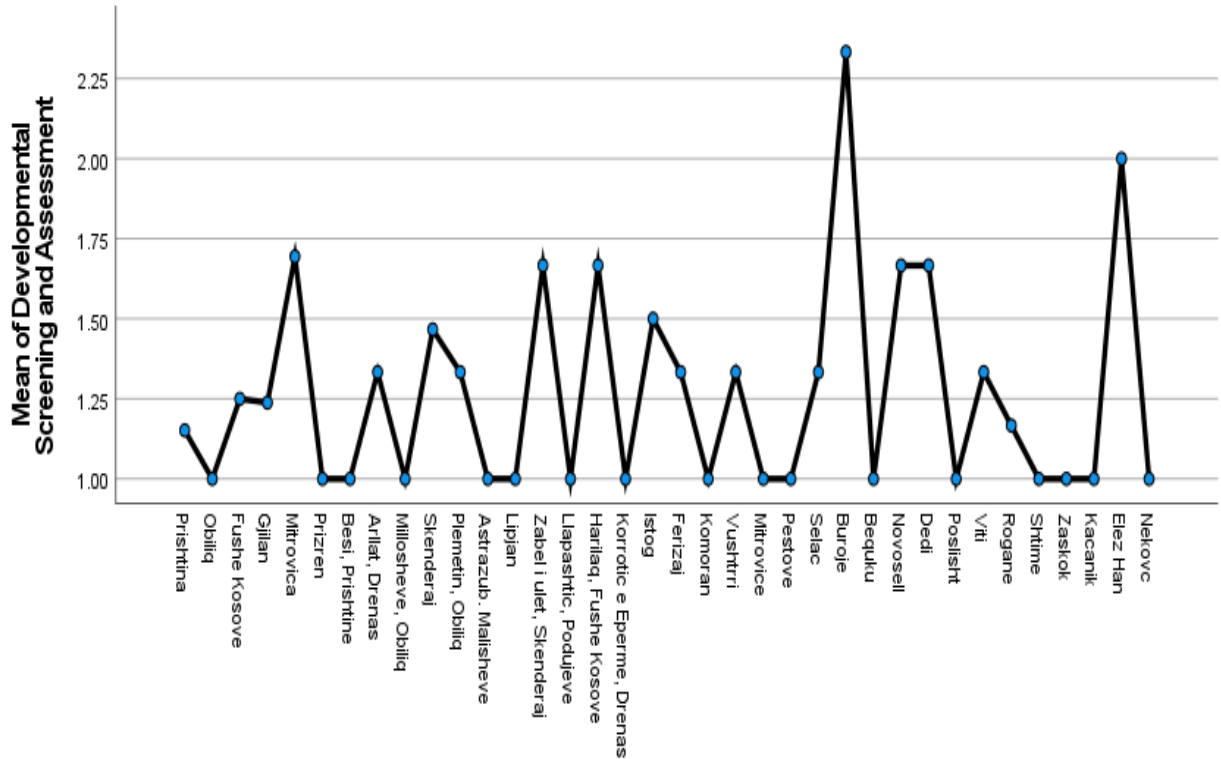
Nekovc	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
Total	112	1.2708	.39143	.03699	1.1975	1.3441	1.00	2.33

Описните резултати покажуваат одредени варијации меѓу локациите. На пример, Митровица ($M = 1,69$, $SD = 0,52$) и Скендерај ($M = 1,47$, $SD = 0,56$) пријавија релативно повисоки средни вредности во споредба со Приштина ($M = 1,15$, $SD = 0,26$), Урошевац ($M = 1,33$, $SD = 0,39$) и неколку помали општини каде што средната вредност постојано била 1,00. Сепак, многу локации имале многу мали примероци ($n = 1$ или 2), што ја ограничува стабилноста и генерализабилноста на проценките на средните вредности. Генерално, вкупната средна вредност на примерокот била 1,27 ($SD = 0,39$), што укажува на умерени нивоа на пристап до скрининг и проценка низ целиот збир на податоци.

Табела 7 Еднонасочна АНОВА на развоен скрининг и проценка по општина

Developmental Screening and Assessment					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7.065	35	.202	1.543	.059
Within Groups	9.942	76	.131		
Total	17.007	111			

Резултатите од АНОВА покажуваат дека разликите меѓу географските локации не биле статистички значајни, $F(35, 76) = 1,543$, $p = ,059$. Иако p -вредноста се приближува до конвенционалниот праг од ,05, таа не го исполнува критериумот за статистичка значајност. Затоа, врз основа на оваа анализа, географската локација не е значајно поврзана со разликите во пристапот до развоен скрининг и проценка во овој примерок. Следствено, **хипотезата X16 не е поткрепена во однос на географската варијација во пристапот**, иако описните обрасци сугерираат потенцијални трендови кои може да бараат понатамошно истражување со поголеми и побалансирани потпримероци.



Слика 1 Просечни резултати од развојниот скрининг и проценка по општина

(Средна вредност на развојниот скрининг и проценка 1. Приштина 2. Обилиќ 3. Фуше Косово 4. Гнилане 5. Митровица 6. Призрен 7. Беси, Приштина 8. Арлат, Дренас 9. Милошево, Обилиќ 10. Скендерај 11. Племетин, Обилиќ 12. Астрозуб, Малишево 13. Липјан 14. Забел и Улет, Скендерај 15. Лапаштица, Подуево 16. Харалач, Фуше Косово 17. Коротица е Еперме, Дренас 18. Истог 19. Урошевац 20. Коморан 21. Вучитрн 22. Митровица 23. Пестово 24. Селац 25. Буроје 26. Бечуку 27. Новосел 28. Деди 29. Послишт 30. Вити 31. Рогане 32. Штиме 33. Заскок 34. Качаник 35. Елез Хан 36. Нековац)

Податоците од фокус групата покажуваат дека пристапот е под влијание не само на дијагнозата на детето, туку и на свеста, законодавството, финансискиот капацитет и координацијата на системот. Квалитативните докази затоа ја поддржуваат пошироката интерпретација на X16 објаснувајќи ги механизмите зад забележаните квантитативни модели.

Илустративни цитати:

Правни и институционални основи

- „Без усвојување на закон што се занимава со деца со посебни потреби, не можеме да го направиме тоа.“ (Б10)

- „Родителите се збунети... аутизмот сè уште не се смета за попреченост според законот.“ (Б12)

Навременост на пристапот и значењето на „раната“ интервенција

- „Кога ќе го остават да чека 1 - 2 години, тоа не е рана интервенција.“ (Б20)

Патишта за откривање услуги и упатување

- „Не знаев дека има центар во мојот град.“ (Б6)

- „Еден пријател ме информираше.“ (Б19)

Економски ограничувања и трошоци за алтернатива за семејствата

- „Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (П11)

- „Дури и немав алатки дома.“ (Б8)

Интензитет, учество и перцепирани резултати

- „Кога сесиите се поинтензивни, имаме најголем успех.“ (Б6)

- „Кога родителот се согласува да соработува... интервенцијата станува полесна.“ (Б5)

Континуитет на поддршката во текот на целиот живот

- „По 18 години тие немаат место каде да го продолжат третманот.“ (Б16)

Табела 8 Клучни системски бариери и фасилитатори во раната интервенцијата во детство центрирана кон семејството:

Тематски преглед на квалитативни цитати

Темн	Цитати
Законодавни празнини и отсуство на политики	„Без донесување на законот...“ (Б10)
Слаба регулатива и инспекција	„Родителите се збунети...“ (Б12)
Доцнење на раната интервенција	„Чекањето 1-2 години не е рана интервенција.“ (Б20)
Ограничена свест за услугите	„Не знаев дека има центар во мојот град.“ (Б6)
Неформални механизми за упатување	„Еден пријател ме информираше.“ (Б19)

Теми	Цитати
Економски товар врз семејствата	„Морав да престанам да работам.“ (П11)
Недостаток на домашни ресурси	„Дури и немав алатки дома.“ (В8)
Интензитет и резултати на услугите	„Поинтензивните сесии носат успех.“ (Б6)
Важност на родителската соработка	„Кога родителот се согласува...“ (Б5)
Дисконтинуитет на услугите во зрелоста	„По 18 години немаат место.“ (Б16)

Квалитативните наоди даваат нијансирано објаснување за тоа како структурните, економските и развојните фактори заедно го обликуваат пристапот до услугите за рана интервенција во детството и нивното влијание во нив. Додека децата со повидливи или потешки состојби често добиваат поструктурирана поддршка, пристапот останува силно под влијание на географските недостатоци во свеста, финансиските ограничувања и слабата институционална регулатива. Праксата ориентирана кон семејството е присутна, особено во планирањето на услугите за деца, но пошироките семејни потреби и системскиот континуитет остануваат недоволно опфатени.

Земени заедно, квалитативните докази ги зајакнуваат квантитативните модели со тоа што покажуваат дека нееднаквостите не се случајни, туку се вградени во пошироки системски, законодавни и социоекономски услови. Затоа, подобрувањето на еднаквоста во услугите за РИД бара координирана реформа на политиките, зајакнати системи за упатување, стандардизиран мониторинг, проширен рурален досег и структурирани стратегии за зајакнување на родителите што ја прошируваат интервенцијата надвор од клиничките услови.

4.2 Вообичаените перцепции на професионалците и родителите во врска со услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството

На Косово е постигнат напредок, но системот за РИД останува фрагментиран низ давателите на услуги и средини, со нееднакви стандарди и пристап. Наодите од фокус групите покажуваат дека професионалците ја препознаваат важноста на вклученоста на родителите и се обидуваат да ги тренираат родителите преку поедноставување на индивидуализираните планови и овозможување на родителите да набљудуваат сесии, за да

можат стратегиите да продолжат да се применуваат и дома („се обидуваме да поедноставиме... родителите можат да присуствуваат... а потоа да работат... дома“, Б1). Сепак, поддршката од дома и заедницата често се опишува како базирана на проекти и временски ограничена („домашни посети... но тоа е само проект што може да заврши за 6 - 7 месеци“, Б2-Б3), а стигмата или неподготвеноста на семејството може да го ограничи ангажирањето во пракса (Б5). Професионалците, исто така, пријавија ограничувања во вработувањето и обуката и ја опишаа моменталната пракса како доминирана од пристапи базирани на шаблони („сите тие работат со шаблони“, Б1), додека ги нагласуваат потребите за ажурирана обука и специјализација засновани на докази, како што е поддршката информирана за траума (Б4-Б5).

Според исказите на родителите, услугите за РИД се вреднуваат откако ќе се пристапи до нив, но патиштата за свесност и влез често се неформални и одложени, потпирајќи се на социјалните мрежи и пребарувањето преку интернет (Б6, В10, В19). Родителите опишаа дека примаат главно АБА (применета анализа на однесување), но тие исто така ги истакнаа бариерите што го ограничуваат учеството и континуитетот, вклучително и недостатокот на можности за обука на родителите (резиме на родителите) и големите практични ограничувања („Морав да престанам да работам“, В11). Конечно, додека супервизијата и известувањето беа опишани како присутни во некои организации („секој чекор... е надгледуван“, Б1), следењето и евалуацијата честопати беа пријавени како неформални и недоследни, потпирајќи се на напредокот на детето и повратните информации од родителите, наместо на стандардизирани алатки („напредокот на децата е форма на следење... немаме никаква форма“, Б16). Генерално, триангулираните резултати покажуваат дека иако пристапот центриран кон семејството е широко прифатен, празнините помеѓу практиката и секојдневните искуства на семејствата ја намалуваат неговата ефикасност. Затоа, зајакнувањето на РИД бара појасни стандарди и процедури за упатување, одржливо финансирање надвор од краткорочните проекти, ажурирана професионална обука и обука фокусирана на родителите, како и интегрирана теренска работа и поддршка на семејството за да се обезбеди поран и порамноправен пристап.

4.2.1 Даватели на услуги за рана интервенција во детството

Неможнoста на триесет родители да ги платат услугите е највисоко рангирана, што укажува дека финансиските ограничувања се честа причина што го намалува учеството на семејствата. Фактот дека услугите не се достапни надвор од редовното работно време (25 родители) претставува уште еден сериозен проблем кој се јавува кога институционалните распореди не се поклопуваат со потребите на семејствата. Друга значајна пречка е оддалеченоста на услугите, па затоа 21 родител изјавил дека услугите се предалечни, а 19 дека имаат потешкотии да стигнат до нив. Овие резултати покажуваат дека семејствата и децата поретко учествуваат во програмите за рана интервенција кога немаат лесен пристап до центрите. Табела 9 се базира на N (број на случаи) = 112 родители. Испитаниците можеа да изберат повеќе од една опција (прашање со повеќе одговори) кога ги наведуваат услугите што ги користи нивното дете; затоа, процентите го претставуваат уделот од вкупните одговори (не уделот на испитаниците). Вкупно, збирот на податоци вклучува 157 одговори за користење на услугите кај 112 родители, што значи дека некои семејства пријавиле користење на повеќе од еден тип на услуга. Во овој контекст, значителен број родители (n = 14) пријавиле тешкотии при добивање упатувања до организации за РИД, што укажува на слабости во координацијата помеѓу професионалците и институциите. Покрај тоа, иако помалку по број (n = 3), родителите го споменаа недостатокот на специјалисти за специфичните потреби на нивното дете, што укажува на постојан јаз во услугите. Како што е прикажано во Табела 9, најчесто пријавуваните даватели на услуги биле невладини организации (34,39 % од одговорите) и приватни даватели на услуги (24,84 %), проследени со инклузивни градинки (17,83 %) и инклузивни предучилишни установи (7,64 %). Поретко пријавувани извори на услуги биле центрите за аутизам (10,82 %), центрите за социјална работа (1,91 %), а најмалку користени биле центрите за примарна здравствена заштита (1,27 %) и дневните центри за деца со попреченост (1,27 %).

Табела 9 Услуги што вашето дете може моментално да ги користи

Користени услуги	N (број на единици)	%
Центар за примарна здравствена заштита	2	1.27
Центар за аутизам	17	10.82

Дневна грижа (ДГ) за деца со попреченост	2	1.27
Приватен давател на услуги за деца со попреченост	39	24.84
Услуги што ги обезбедува невладинa организација	54	34.39
Центар за социјална работа или друга социјална служба	3	1.91
Инклузивна јасли или градинка	28	17.83
Инклузивна предучилишна установа	12	7.64

Комерцијалните даватели на услуги сочинуваат 24,84 %, а невладините организации 34,39 % од пријавените одговори за користење на услугите во прашалникот на родителите (ставка со повеќе одговори; видете Табела 4). Спротивно на тоа, државните институции беа пријавени многу поретко, што укажува на ограничена улога во обезбедувањето услуги за РИД во рамките на овој примерок.

Наодите од фокус групите помагаат да се објаснат овие шеми. Родителите и професионалците пријавија големи пречки, вклучувајќи ограничени финансиски и транспортни ограничувања, недостаток на структурирани можности за обука на родителите и дисконтинуитет на услугите по 18-годишна возраст (B11; дискусија на професионалци за услугите за возрасни B16/B18). Професионалците, исто така, ги истакнаа празнините во капацитетот на системот, вклучувајќи недоволна поддршка за асистивна технологија и алтернативна комуникација, ограничен пристап до обука информирана за траума (B4–B5) и слаба меѓуинституционална соработка и патишта за упатување, така што координацијата надвор од организацијата честопати останува неформална и се однесува на секој случај посебно (B1, B16). Генерално, доказите сугерираат дека иако вклучувањето на родителите се охрабрува преку учество во сесиите и домашната пракса (B1), семејствата бараат поинклузивни дневни центри, дополнителен персонал за поддршка и практична обука на родителите за да се направи РИД достапна и одржлива.

Триангулацијата на податоците од професионалци и родители овозможува појасно разбирање за тоа како функционира раната интервенција во детството во пракса. Професионалците постојано нагласуваа дека родителите треба да бидат во центарот на планирањето на интервенцијата. Како што објасни еден професионалец, „се обидуваме да

поедноставиме... родителите можат да присуствуваат на терапевтска сесија и да го видат целиот процес... а потоа да работат појасно дома“ (Б1 - професионалец кој работи во центар за РИД). Ова одразува намера кон пракса центрирана кон семејството.

Сепак, неколку професионалци признаа дека родителското ангажирање не е секогаш конзистентно. Еден учесник забележа: „членовите на семејството не прифаќаат... Морав да се претставам како едукатор“ (Б5 - професионалец кој работи во центар за РИД), истакнувајќи како стигмата и културниот отпор можат да ја ограничат отворената соработка.

Родителите, исто така, опишаа мешани искуства. Иако сите родители изјавија дека учествувале во изборот на услуги за време на првиот состанок за планирање (резиме на групата родители - родители на деца со задоцнет развој), пошироките семејни потреби не беа секогаш систематски разгледани. Некои родители опишаа силни придобивки од терапијата: „логопедијата многу му помогна на моето дете“ (В17 – родител на дете со задоцнување во развојот) и „моето дете беше поагресивно, сега посмирено“ (В19 – родител на дете со задоцнување во развојот).

Во исто време, родителите пријавија структурни бариери што влијаат на соработката. Една мајка изјави: „Морав да престанам да работам за да го донесам детето“ (В11 – родител на дете со задоцнување во развојот), што го илустрира економскиот товар. Други пријавија недостаток на можности за обука на родителите, така што неколку мајки изјавија дека ниедна немала „можност да биде дел од каква било обука“ (резиме на групата родители – родители на деца со задоцнување во развојот).

Предизвиците за координација беа исто така нагласени од професионалците. Иако внатрешните состаноци се одржуваат редовно („секоја недела, секој понеделник се среќаваме“, резиме на групата професионалци – професионалци за РИД), упатувањата надвор од организацијата остануваат неформални и недоследни. Еден професионалец изјави: „во делот за референци... ни треба такво нешто“ (Б1 – професионалец кој работи во центар за РИД), што укажува на отсуство на структуриран пат за упатување.

Практиките за следење беа опишани како присутни, но неформални. Како што забележа еден професионалец, „напредокот на децата е форма на следење... ние немаме

никаква форма“ (Б16 – професионалец кој работи во центар за рана еволуција), што покажува дека недостасуваат стандардизирани алатки за евалуација.

Земени заедно, триангуларните докази сугерираат дека иако се поддржуваат принципите ориентирани кон семејството, практичната имплементација е ограничена од стигма, економски бариери, недоследна координација и недостаток на стандардизирани механизми за следење.

4.2.2 Свесност за услугите за рана интервенција во детството

Јавните институции и професионалните групи не се толку доверливи од страна на родителите како неформалните и блиските извори, според оваа распределба. Ова покажува дека не постои конзистентен метод на информирање, што предизвикува недостатоци во комуникацијата меѓу специјалистите. Морањето да се потпираат на социјалните мрежи, семејството и другите родители покажува дека родителите не веруваат или немаат пристап до институционалните системи. Стратегија повеќе ориентирана кон семејството, со чести контакти и институционализирани патишта за размена на информации е неопходна, бидејќи ова несовпаѓање во перспективите ја попречува ефективната соработка и координација меѓу двете страни. Педијатрите или детските лекари најчесто ги едуцираат родителите за програмите за рана интервенција (14,3 %), по што следат вработените во јасли или градинки (13,4 %), според Табела 5. Значајни улоги играат другите родители (11,6 %), како и семејството и социјалните мрежи (8,9 %) од пријателите и соседите и (8,9 %) од семејството и роднините). Болниците (7,1 %), социјалните работници (7,1 %) и персоналот на одделот за новороденчиња (6,3 %) се примери за институционални извори со помало влијание; невладините организации (5,4 %) и другите лекари (4,5 %) се уште помалку застапени. Добивањето вести преку социјалните мрежи (6,3 %) и медиумите (2,7 %) е сè уште на ниско ниво.

Табела 10 Информирани за услугите за рана интервенција во детството

Информирани за рана интервенција во детството	N (број на единици)	%
Персонал на Оддел за интензивна нега за новороденчиња	7	6.3
Некој друг во болница	8	7.1
Медицински сестри кои не се од болница	2	1.8

Педијатар или лекар на моето дете	16	14.3
Друг вид лекар	5	4.5
Социјален работник во центар за социјална помош	8	7.1
Персонал на организација која обезбедува услуги за рана интервенција во детството	6	5.4
Персонал на градинка или предучилишна установа	15	13.4
Друг родител	13	11.6
Член на семејството или роднина	10	8.9
Пријател или сосед	10	8.9
Масовни медиуми	3	2.7
Социјални медиуми или веб-страница	7	6.3

Истражувањата со користење на фокус групи покажаа дека постои врска помеѓу различните, но поврзани перспективи на родителите и професионалците за програмите за РИД. Професионалците не се во можност да ја нагласат важноста на вклученоста на семејството преку имплементација на индивидуализирани планови и програми базирани на заедницата поради проблеми, вклучувајќи застарена обука, недоволно финансирање и ограничена институционална поддршка. И покрај практичните и емоционалните придобивки што ПАО, говорната и работната терапија им ги обезбедуваат на децата, родителите се соочуваат со бројни предизвици, вклучувајќи долго време на чекање за услуги, високи трошоци, ограничен пристап до услуги како што нивните деца растат и недостаток на можности за професионален развој. Различните гледишта на експертите и родителите ја попречуваат соработката и координацијата. За родителите и децата да формираат подлабоки врски, важно е да се создаде средина што го цени нивниот придонес и промовира отворен дијалог. Како резултат на недоследни политики, несоодветно образование и неподдржано законодавство, системот е неефикасен и бавен во реагирањето. Интервенцијата може да биде ефикасна и инклузивна само ако следи координирана парадигма центрирана кон семејството што добива финансирање од Владата.

Триангулацијата на податоците покажува дека родителите честопати се недоволно опремени со потребната обука и ресурси, и покрај фактот што експертите веруваат дека

родителите треба да учествуваат во програмите за рана интервенција на своите деца. Од друга страна, гледиштата на родителите се разликуваат; некои биле вклучени, додека други се чувствувале отуѓени поради стигматизација, одложувања или нејасна комуникација. Поради овие визуелни разлики, кои ја намалуваат координацијата и соработката, системот станува фрагментиран. Парадигмата центрирана кон семејството, која вклучува јасно дефинирани програми за едукација на родителите, системи за постојана повратна информација, емоционална поддршка и стандардизирани рамки, може да ја подобри соработката и кохерентноста на услугите што ги обезбедуваат професионалците и родителите.

4.2.3 Видови професионална поддршка

Истражувањето покажува дека во повеќето ситуации (64,3 %), една личност работи директно со детето за да го поддржи професионално. Од друга страна, заедничкото работење во поотворени средини е многу поретко. Најчестите ситуации се кога тимовите работеле директно со детето (12,5 % од времето) или кога професионалците работеле со родителот и детето заедно или одделно (6,3 %). Само 2,7 % од клиентите присуствуваат на големи настани.

Табела 11 Видови професионална поддршка

Професионална поддршка	N (број на единици)	%
Едно лице работи самостојно со моето дете	72	64.3
Едно лице работи со мене и моето дете одделно	7	6.3
Едно лице работи со мене и моето дете заедно	5	4.5
Едно лице работи со мене, моето дете и две или повеќе деца заедно	1	0.9
Формиран е тим за да работи самостојно со моето дете	14	12.5
Формиран е тим за да работи со мене и моето дете одделно	7	6.3
Формиран е тим за да работи со мене и моето дете заедно	3	2.7
Формиран е тим за да работи со мене, моето дете и две или повеќе деца заедно	3	2.7

Значењето на стратегијата центрирана кон семејството во раната интервенција беше признаено во фокус групите, но само дел од тој пристап е имплементиран во пракса. Експертите велат дека немаат ресурси (како што се обука или институционална поддршка) за редовно да ги вклучуваат родителите. Спротивно на тоа, родителите наведуваат економски и географски пречки, социјална стигма, доцнења во пристапот, несоодветна семејна поддршка и недостаток на ангажман при изборот на услуги за своите деца. И покрај пофалбите на многу родители за терапевтското подобрување на нивните деца, многумина, исто така, изразуваат незадоволство од прекините во услугите, недостатокот на квалификуван персонал и застарени капацитети. Родителите го ценат нивното учество во донесувањето одлуки, но се чувствуваат напуштени кога станува збор за емоционална, финансиска и социјална поддршка; експертите ја нагласуваат потребата од родителско ангажирање, но не успеваат да обезбедат формални процедури за да го направат одржливо. Поради оваа неповрзаност, третманите центрирани кон семејството имаат помала веројатност да бидат успешни на долг рок, а соработката и координацијата меѓу вклучените страни страдаат.

4.2.4 Понудени услуги

Табелата за услугите што се нудат во рамките на раната интервенција покажува дека преовладуваат директната емоционална поддршка и советување за семејствата (45 %), што ја одразува перцепцијата на професионалците дека психосоцијалната поддршка е фундаментална за вклучување на родителите. Услугите фокусирани на едукација на родителите (22 %) и групните состаноци со други родители (13 %), исто така имаат значителен удел, што укажува на напори за зајакнување на родителските вештини и вмрежување, иако во пракса тие остануваат ограничени. Поддршката за браќа и сестри (8 %) и упатувањата до други услуги како што се здравството или образованието (12 %) се поретки, што укажува дека пристапот е сè уште фрагментиран и не е секогаш целосно инклузивен.

Податоците откриваат контраст помеѓу перцепциите на професионалците и искуствата на родителите: професионалците често веруваат дека индивидуалното советување е доволно, додека родителите бараат поголема вклученост, мрежи за поддршка

и поинклузивни услуги за целото семејство. Ова несовпаѓање негативно влијае на соработката и координацијата, оставајќи го процесот на интервенција ограничен и неодржлив. За модел кој е повеќе семејно ориентиран, потребна е рамнотежа помеѓу индивидуалната поддршка и пошироката вклученост на семејството, заедно со посилни механизми за меѓуинституционална координација.

Табела 12 Понудени услуги

Понудени услуги	N (број на единици)	%
Сесии за поддршка или советување на семејства	48	44.85
Сесии во групи на вршници со други родители во службите за РИД	14	13.08
Средби за едукација на родители	24	22.42
Групи за поддршка на браќа и сестри	8	7.47
Упатувања до други служби (на пр. здравство, образование итн.)	13	12.14

Испитувањето на фокус групите за програмите за рана интервенција покажува дека експертите и родителите имаат различни ставови кои директно влијаат на квалитетот на соработката. Професионалците ја нагласуваат потребата од персонализирано планирање, учество на родителите во третманот и достапност на иницијативи во заедницата или домашни посети за зајакнување на семејствата. Но, овие методи не се толку успешни поради голем број проблеми, како што се недостаток на финансии, стигма, застарена обука и правни или институционални недостатоци. Родителите, од друга страна, ги уживаат предностите на третманот (особено Применета анализа на однесување (ПАО) и логопедската терапија), подобро однесување и комуникација и емоционална поддршка. Сепак, тие истакнуваат дека нема доволно семејни услуги, дека добивањето помош трае предолго и дека инфраструктурата не е доволно добра. Професионалците гледаат парадигма која повеќе се фокусира на поединците, додека родителите сакаат модел кој повеќе се фокусира на семејствата. Оваа разлика им отежнува на луѓето да соработуваат, а кога го прават тоа, обично го прават тоа на реактивен начин, што го намалува долгорочниот потенцијал на резултатите од раната интервенција.

Цитати од родители:

- *„Да се зајакне континуираната обука и да се поттикне примена на нови пристапи во РИД.“ - родител*
- *„Би сакала да се воспостават стандартизирани процедури за домашни посети и континуирана поддршка за родителите.“ - професионалец*
- *„Добро е да се изработат правила и законска регулатива за лиценцирање, мониторинг и обезбедување услуги за возрасни и деца со посебни потреби.“ - родител*

Наодите од триангулацијата покажаа дека постапките на луѓето значително се разликуваат од нивните цели. Без оглед на тоа како експертите се чувствуваат во врска со тоа, на родителите ретко им се даваат прецизни планови за идното образование на нивните деца и наместо тоа, од нив се очекува да не прават ништо повеќе освен да обезбедат емоционална поддршка и да го набљудуваат процесот. Наодите укажуваат дека воспоставувањето доверба и поттикнување конзистентност во услугите за семејствата бара единствен пристап што вклучува координирани програми за едукација на родители, доверливи механизми за давање повратни информации и психолошка поддршка.

4.2.5 Обезбедување на РИД услуги

Табелата за тоа каде се испорачуваат услугите за рана интервенција покажува јасна доминација на моделите базирани на институции или организации (78 %), што одразува дека поддршката е концентрирана главно во наменски центри, а не во природната средина на детето. Помал процент (12 %) се однесува на вклучување во јасли или инклузивни предучилишни установи, што, иако е чекор кон интеграција, сепак останува ограничено. Во меѓувреме, испораката на услуги дома (2 %), во комбиниран модел дома - центар (3 %) или во здравствени центри (3 %) е минимална.

Оваа распределба сугерира дека интервенциите во пракса се концентрирани главно надвор од домот и надвор од секојдневниот семеен контекст на детето, давајќи приоритет на централизираните пристапи пред оние фокусирани на семејството кои се интегрирани во секојдневниот живот на детето. Како резултат на тоа, се појавува јаз во овластувањето на

родителите да дејствуваат како активни ко-терапевти и да го продолжат процесот на интервенција во семејната средина.

Табела 13 Место каде што се даваат услуги за РИД

Обезбедени РИД услуги	N (број на единици)	%
Во мојот дом	3	2.25
И во мојот дом и во центар за рана интервенција во детството	4	3
Само во институција или организација за рана интервенција во детството	103	77.44
Во здравствен центар	4	3
Во градинка или инклузивна предучилишна установа	16	12.03
Во центар за социјална работа	3	2.25

Врз основа на резултатите од фокус групите, експертите знаат дека иницијативите во заедницата, демонстрациите во текот на сесиите и прилагодените планови се одлични начини родителите да се вклучат во раната интервенција со нивните деца. Сепак, недостатокот на средства, институционалната поддршка и културните пречки честопати го ограничуваат ова ниво на ангажман. Спротивно на тоа, родителите пријавуваат значителни подобрувања во однесувањето и комуникацијата по учеството во третмани како што се ПАО и логопедска терапија, но сепак, тие се соочуваат со значителни пречки како што се високи трошоци, долго време на чекање за третман, несоодветни информации и недостаток на емоционална поддршка. И покрај фактот дека двата тabora ја признаваат потребата од стратегија фокусирана на семејството, постојниот систем е разединет и неподдржан од закон. Стандардизирани пристапи, недостаток на средства и лоша координација се карактеристични за сегашните услуги, кои не ја исполнуваат целта за поттикнување на односите меѓу професионалците и родителите. Целокупните потреби на семејствата и децата не можат целосно да се задоволат од услугите во отсуство на законски и институционални промени.

Подолу се дадени цитатите од фокус групите:

- „Потребни се реформи на законодавството и институциите, вклучувајќи нови регулативи за деца со посебни потреби, лиценцирање на услуги и системи за надзор.“ - професионалец
- „Потребна ни е долгорочна јавна поддршка, во форма на бесплатни или услуги со големи попусти што се делат подеднакво и на жителите на урбаните и руралните средини.“ - родител
- „Би сакал да видам зголемување на опсегот на услуги за да се вклучат домашни посети, дневни центри за рехабилитација и програми за лица над 18 години.“ - родител
- „Треба да се воспостават силни мрежи за соработка во здравствените, образовните и социјалните услуги за да се гарантира дека интервенциите се конзистентни и непрекинати. Ова е познато како меѓуинституционална координација.“ - професионалец

Според триангулацијата на податоците на местата за испорака на услуги за РИД, институционалните методи сочинуваат огромно мнозинство од случаите (77 %), додека моделите засновани на домашни услови или комбинирани модели сочинуваат занемарливи 2 % до 3 %, што укажува на централизиран, а не на пристап фокусиран на семејството. Недостатокот на средства, персонал и институционална поддршка ги попречуваат напорите на професионалците да ги вклучат родителите во образованието на нивните деца преку иницијативи во заедницата и прилагодени програми. Терапијата во центрите е корисна, но родителите сè уште мора да се справат со скапи цени, долго време на чекање, проблеми со пристигнувањето и недоволно емоционална поддршка. Понормализирани услуги засновани на семејството, законски измени и одржливо финансирање се неопходни за да се гарантира еднаков и инклузивен пристап, бидејќи постојните практики се фрагментирани, а побарувачката за соработка не е задоволена. Ова ја попречува ефикасната координација.

4.2.6 Видови на специјализирана работа

Табелата за видовите специјалисти кои работат со деца покажува јасна распределба на професионалните улоги во обезбедувањето услуги за рана интервенција. Логопедите и јазичните терапевти (50 случаи), психолозите (44) и детските психолози (41) се најдоминантни, што го одразува силниот фокус на когнитивниот развој, комуникацијата и психолошките аспекти. По нив следат работните терапевти (25) и физиотерапевтите (23), кои придонесуваат за моторните и функционалните вештини на децата. Други специјалисти, како што се детски невролози (8), лекари (9), социјални работници (7) и социјални педагози (4), се присутни, но во многу помали пропорции, додека институционалните координативни улоги (на пр. менаџери на случаи) и интегрираните услуги се речиси целосно отсутни.

Оваа распределба сугерира дека перцепциите и практиките на обете групи (професионалци и родители) се во голема мера фокусирани на индивидуални терапии, ставајќи помал акцент на сеопфатни, интердисциплинарни и колаборативни пристапи. Од перспектива на соработка, ова може да создаде впечаток дека интервенциите се фрагментирани и концентрирани само на одредени димензии (психологија, јазик, моторни вештини), со што се ограничува пошироката координација меѓу засегнатите страни и целосното вклучување на семејството како активен партнер во процесот.

Табела 14 Видови специјалисти вклучени во услугите за рана интервенција во детството

Типови специјалисти	N (број на единици)	%
Не сум сигурен	1	0,44
Менаџер на случај, координатор на услуги или менаџер за семејна поддршка	2	0.88
Специјалист за рана интервенција во детството	10	4.4
Медицинска сестра	1	0.44
Работен терапевт	25	11.11
Лекар	9	4
Физиотерапевт	23	10.22

Психолог	44	19.55
Специјалист за рехабилитација	1	0.44
Социјален педагог	4	1.77
Социјален работник/специјалист за социјална помош	7	3.11
Логопед и јазичен терапевт	50	22.22
Детски психолог	41	18.22
Детски невролог	8	3.55

Истражувањето на фокус групите покажува дека услугите за рана интервенција во детството во Косово покажуваат значителни проблеми и недостатоци. Експертите велат дека индивидуализираното планирање, домашните посети и практичната обука се начини да им се понуди на родителите поголема моќ. Но, предизвик е целосно да се усвојат решенија ориентирани кон семејството бидејќи нема доволно ресурси или владина помош. Употребата на застарени методи (како што се стандардизирана ПАО и логопедска терапија), недостатокот на нова обука и слабата соработка меѓу институциите дополнително го влошуваат квалитетот на услугите. Родителите, од друга страна, сметаат дека РИД е корисна за напредокот на нивните деца, особено говорниот третман, ПАО и работната терапија. Тие, исто така, тврдат дека имаат проблеми со плаќањето на услугите, немаат доволно информации, мора да чекаат предолго за да пристапат до помош и не добиваат доволно помош за целото семејство. Раната интервенција во Косово сè уште не е многу добро структурирана и во голема мера им помага на децата. Семејствата не се целосно вклучени како активни учесници. И професионалците и родителите, се согласуваат дека ни е потребна посеопфатна стратегија, фокусирана обука и подобра соработка меѓу институциите. Од друга страна, недостатокот на јасни закони, сигурно финансирање и долготрајни услуги за лицата над 18 години, го отежнува развојот на РИД.

Цитати од фокус групите:

- *„Треба да се фокусираме на учење на родителите како да преземаат развојни активности во секојдневниот живот преку нудење практична обука, домашни посети и лесни упатства за следење.“ - професионалец*

- *„Професионалците треба да имаат континуиран професионален развој во нови методи, грижа заснована на траума, асистивна технологија и алтернативни начини на комуникација, како што се истражувачки патувања и размени со други нации.“ - професионалец*
- *„Државата треба да им обезбеди на семејствата пари за да им помогне да добијат бесплатни или евтини услуги, како што се превоз и други корисни работи.“ - родител*
- *„Треба да се обезбедат ресурси достапни и по 18-годишна возраст, вклучувајќи програми за млади и возрасни на кои им е потребна континуирана грижа.“ - родител*
- *„Семејствата треба да бидат вклучени во дизајнирањето и евалуацијата на услугите како активни партнери, преминувајќи од пристап фокусиран на детето кон пристап фокусиран на семејството.“ - професионалец*

Триангулацијата на податоците во врска со видовите професионалци вклучени со деца во РИД истакнува значителен фокус на персонализирани третмани, претежно водени од логопеди (22 %), психолози (20 %) и детски психолози (18 %), што покажува акцент на комуникацијата и психолошката благосостојба. Професионалците знаат колку е важно родителите да бидат ангажирани и мислат дека е клучно терапиите да функционираат. Но, тешко е да се оствари ова бидејќи нема структурирани средства за обезбедување знаење, обука и емоционална поддршка. Родителите уживаат што овие програми им помагаат на своите деца, но честопати чувствуваат дека не се дел од процесот. Тие чувствуваат дека не добиваат доволно информации, помош од своето семејство или брз пристап. Ова покажува дека интервенциите се сè уште поделени и во голема мера фокусирани на детето, и дека не постои еден пристап центриран кон семејството. Доколку нема целосен план што им обезбедува моќ на родителите, ги информира професионалците за нивната обука и осигурува дека институциите функционираат заедно, двете страни нема да можат целосно да работат заедно. Ова ќе ја ограничи долгорочната ефикасност на услугите.

4.2.7 Бариири со кои се соочуваат родителите

Табелата дадена подолу ги посочува следните податоци:

- Најчесто наведена пречка е недостатокот на информации за услуги за рана интервенција во детството - 61 испитаник (32.27 %).
- 30 испитаници (15.87 %) навеле дека немале финансиски средства да платат за услуги за РИД.
- 25 испитаници (13.22 %) посочиле дека услугите за РИД не се нудат во нивното неработно време.
- 21 испитаник (11.11 %) навел дека услугите за РИД се наоѓаат премногу далеку од неговиот дом.
- 19 испитаници (10.05 %) навеле дека било тешко да се обезбеди превоз до овие услуги.
- 14 испитаници (7.40 %) посочиле дека било тешко да се добие упатување до организација со активности за РИД.
- 12 испитаници (6.34 %) навеле дека услуги за РИД не постојат во нивната заедница.
- 4 испитаници (2.11 %) посочиле дека имало долги листи на чекање за овие услуги.
- 3 испитаници (1.58 %) навеле дека нема специјалисти во областа на потребите на нивното дете.

Податоците укажуваат дека бариерите не се поврзани само со физичката инфраструктура, туку се посилно поврзани со пристапот до информации и институционалната координација. Ова директно влијае на перцепцијата на родителите за ефикасноста на услугите за рана интервенција, оставајќи многумина да се чувствуваат изолирани и несигурни во барањето на вистинската поддршка.

Табела 15 Пречки со кои се соочуваат семејствата во пристапот до услугите за рана интервенција во детството

Пречки	N (број на единици)	%
Ми недостасуваа информации за услуги за рана интервенција во детството	61	32.27
Услуги за рана интервенција во детството не постојат во мојата заедница	12	6.34
Услугите за рана интервенција во детството се наоѓаат премногу далеку од мојот дом	21	11.11
Беше тешко да се добие превоз до овие услуги	19	10.05

Беше тешко да се добие упатување до организација со активности за рана интервенција во детството	14	7.40
Нема специјалисти во областа на потребите на моето дете	3	1.58
Немав финансиски средства да платам за услуги за рана интервенција во детството	30	15.87
Услугите за рана интервенција во детството не се нудат во моето неработно време	25	13.22
Имаше долги листи на чекање за овие услуги	4	2.11

Бројни тешкотии и заеднички точки во перспектива беа откриени преку тематска анализа на фокус групите со родители и професионалци. И покрај најдобрите напори на професионалците, успешната имплементација е попречена од недостаток на ресурси, културен срам и двосмислени закони, од кои сите работат против тоа родителите да бидат овластени преку персонализирани програми и практична обука. Третманите како што се ПАО и логопедијата им помогнаа на родителите, но тие исто така мораа да се справат со проблеми, вклучувајќи недостаток на персонал, доцнења во услугите, лоша инфраструктура и недостаток на емоционална поддршка. Пристапот поцентриран кон семејството, континуираната обука и поорганизираната тимска работа беа точки на согласност меѓу двете групи. Помеѓу теоретското ветување и практичната примена на терапиите центрирани кон семејството, постои значителен јаз. Експертите имаат тенденција да го насочат своето внимание кон детето, но родителите сакаат помош од целото семејство. Ефикасноста на услугите и товарот на семејството се негативно погодени од недостатокот на законска рамка, соодветно финансирање и меѓуинституционална соработка.

Цитати од фокус групите:

- *„Во однос на политиката и законодавството, треба да го признаеме аутизмот како состојба со целосни права и да донесеме статут што конкретно ги штити децата со посебни потреби.“ - родител*
- *„Обезбедување еднаков пристап до услугите - воспоставување централизиран бази на податоци за деца со развојни застои, проширување на центрите во оддалечени региони и нудење бесплатен превоз.“ - родител*

- *„Континуирано образование за професионалци, вклучувајќи курсеви за најсовремени пристапи (како што се Флортајм пристап, терапија за траума и алтернативна комуникација) и теренски екскурзии во други земји за истражување.“ - професионалец*
- *„Поцелосна стратегија би била да се развијат интердисциплинарни тимови во рамките на центрите и формално да се соработува со блиските образовни и медицински установи.“ - професионалец*
- *„Поддршката над 18-годишна возраст да биде загарантирана со долгорочни програми, кои обезбедуваат одржлива терапија и помагаат во интеграцијата во заедницата.“ - родител*

Триангулацијата покажува дека најчестите предизвици со кои се соочуваат родителите додека се обидуваат да ги користат услугите за РИД се недостаток на знаење (32 %), проследено со логистички проблеми, вклучувајќи растојание (11 %) и транспорт (10 %). Загриженоста што ја искажаа родителите вклучуваше високи цени, недостаток на достапни експерти и долго време на чекање за процедурите. Професионалците се согласуваат дека учеството на родителите е клучно, но нема доволно системи, доволно правна поддршка или доволно пари за да се случи тоа. Спротивно на тоа, родителите често изразуваат чувство на исклученост и недостаток на знаење, барајќи поширок спектар на услуги за поддршка на семејството. Мора да има промена во законот, полесно достапни ресурси и организирани начини на комуникација бидејќи ова несовпаѓање ги спречува луѓето ефикасно да работат заедно.

4.2.8 Предизвици и потреби во однос на услугите за РИД

Податоците откриваат широк спектар на предизвици што го попречуваат ефикасното обезбедување услуги за РИД. Поголемиот дел од споменувањата се однесуваат на стигматизацијата и недостатокот на вклученост на децата со попреченост во заедницата (10,57 %), како и на отсуството на национални податоци за доцнења во развојот и попречености (9,71 %) и ограничената институционална свест за услугите за РИД (9,71 %). Тешкотиите во допирањето до семејствата во руралните средини и малцинските групи (9,14 %), исто така, претставуваат сериозна пречка за еднаков пристап. Покрај тоа, несоодветните

политики и слабите организациски структури за меѓусекторско планирање, финансирање и координација се појавуваат како критични недостатоци (8,57 % и 7,14 %).

Табела 16 Предизвици и потреби во услугите за рана интервенција во детството

Предизвици и потреби во однос на услугите за РИД	N (број на единици)	%
Несоодветни политики, планови, закони и регулативи за организациите за РИД	30	8.57
Слаба организациска структура за РИД за меѓусекторско планирање, финансирање и координација	25	7.14
Несоодветни податоци од националните анкети за развојни доцнења и попречености	34	9.71
Стигма и недостаток на вклучување на децата со развојни попречености во заедниците	37	10.57
Недостаток на согласност во врска со основните концепти за РИД	7	2
Недостаток на редовно следење на развојот, услуги за скрининг и упатувања до услуги за РИД	18	5.14
Недостаток на свест за услугите за РИД од страна на националните (регионалните) и општинските власти	34	9.71
Недостаток на свест за услугите за РИД од страна на семејствата и локалните заедници	13	3.71
Недостаток на застапување за услугите за РИД. Несоодветно финансирање за покривање на организациските трошоци за РИД и проширување на услугите за РИД	14	4
Тешкотии во пристапот и опслужувањето на семејствата во оддалечените рурални области и малцинските етнички групи	32	9.14
Недостаток на супервизорски услуги, вклучувајќи менторство, обука и рефлексивен надзор	23	6.57
Недостаток на скала за плати и кариерна скала за раните интервенционисти и други професионалци	6	1.71
Недостаток на систем за следење и евалуација на РИД, вклучувајќи прирачник со инструменти за следење и евалуација	6	1.71
Недостаток на компјутери, таблети и други технологии за организациите за РИД	9	2.57
Недостаток на коалиција или мрежа за РИД за промовирање на растот и подобрувањето на РИД услугите	4	1.14
Недостаток на услуги за РИД за домашна посета	21	6
Несоодветна содржина на РИД услугите: наставни програми, образовни материјали и методи	8	2.28

Недостаток на превоз за домашна посета	13	3.71
Премногу известување и документација	3	0.85
Недостаток на професионални упатства за РИД	6	1.71

Нема доволно услуги за следење на развојот (5,14 %), програми за домашни посети (6 %), или стручен надзор (6,57 %), што го влошува квалитетот и континуитетот на услугите. Организациите исто така имаат проблеми со извршувањето на својата работа секој ден бидејќи немаат доволно пари (4 %), превоз за домашни посети (3,71 %) или технологија (2,57 %). Исто така, постојат и други тешкотии што не се случуваат толку често, како што е отсуството на кариерни патишта за професионалци, професионални регулативи и мрежи за РИД. Овие загрижености сугерираат дека системот не функционира добро кога станува збор за стимулации, конзистентност и соработка. Многу клучни точки се појавија во разговорите во фокус групите во врска со тоа како родителите и професионалците се чувствуваат во врска со услугите за РИД. Професионалците одговорија дека обично се обидуваат да им дадат на родителите поголем авторитет преку специјализирани програми, домашни посети и проекти во заедницата. Но, финансиските проблеми, недостатокот на финансирање, стигмата и недостатокот на стручно разбирање ги прават овие иницијативи помалку успешни. Родителите, исто така, посочија дека се активно вклучени во дизајнирањето програми и забележале јасни подобрувања кај своите деца. Тие исто така изјавија дека сакаат повеќе помош во врска со нивното ментално здравје, еднаков пристап до услуги, настани што ги вклучуваат сите и можности да научат нови работи. Институциите сè уште не соработуваат многу добро, а луѓето мора да чекаат долго време за дијагноза. Третманите често се прекинуваат делумно или целосно. Анкетата покажува дека и родителите и експертите се согласуваат дека е потребна стратегија центрирана кон семејството. Но, постои разлика помеѓу она што луѓето сакаат да го постигнат и она што навистина можат да го направат. Професионалците имаат структурни пречки поради недоволно законодавство, финансирање и модерна обука. Родителите, од друга страна, честопати не добиваат никаква помош и чувствуваат дека целото нивно семејство е игнорирано. Ова несовпаѓање им отежнува на сите да ја планираат својата работа и да работат заеднички. Цитатите се дадени подолу:

- „Да се создадат нови програми за обука на професионалци кои ќе ги обучуваат како да им помагаат на лица кои искусиле траума, како и за различни начини на комуникација и употреба на асистивна технологија.“ - професионалец
- „Да се овозможи официјална поддршка за родителите преку терапија, обуки и простори за меѓусебна размена и поддршка.“ - родител
- „Да се поедностави процесот на упатување од страна на училишта, здравствени установи и други институции преку јасно дефинирани процедури и регулативи.“ - родител
- „Треба да се обезбедат јавни средства и бесплатен превоз, особено за семејствата од рурални средини и оние кои припаѓаат на малцински групи.“ - родител

Експертите се согласуваат дека родителите се важни за програмите за РИД, но тие не се толку вклучени колку што би можеле да бидат, бидејќи нема доволно рамки, обука и емоционална поддршка. Родителите велат дека третманите помагаат, но многумина исто така велат дека не добиваат доволно информации, дека трошоците се прескапи, дека има одложувања и дека целото семејство не добива доволно помош. Луѓето посакуваат едно, а можат да прават само друго, што им отежнува да соработуваат и создава услуги кои не се поврзани. За да се осигураме дека РИД одржува постојан и висок квалитет во текот на времето, потребна ни е стратегија што повеќе се фокусира на семејствата, долгорочно финансирање, поддршка од институциите, ажурирана обука и подобра координација меѓу институциите.

4.2.9 Професионална област

Табелата подолу покажува дека најзастапени експерти во РИД се од следните професионални области:

- Развој во раното детство и говорна и јазична терапија со по 32 испитаници (22.69 %).
- 29 испитаници (20.56 %) се од областа на раната интервенција во детството.
- 21 испитаник (14.55 %) е од областа на образованието во раното детство.
- 19 испитаници (13.47 %) се од областа на психолошката проценка и советување.
- 12 испитаници (8.51 %) се од областа на специјално образование.
- 8 испитаници (5.67 %) се од областа на инклузивното предучилишно образование.

- 8 испитаници (5.67 %) се од областа на работната терапија.
- 3 испитаници (2.12 %) се од областа на менаџментот и администрацијата.
- По 2 испитаници (1,41 %) се од следниве медицински области: педијатрија, неврологија, семејна медицина итн., физиотерапија, социјална работа и социологија.
- По 1 испитаник (0,79 %) е од областите на право, развојни попречености и човекови права, медицинска сестра, исхрана и специјалист за јавно здравје..

Табела 17 Професионални области на експерти вклучени во рана интервенција во детството

Професионална област	N (број на единици)	%
Развој во раното детство	32	22.69
Образование во раното детство	21	14.55
Рана интервенција во детството	29	20.56
Инклузивно предучилишно образование	8	5.67
Право, развојни попречености и човекови права	1	0.79
Менаџмент и администрација	3	2.12
Лекари: педијатрија, неврологија, семејна медицина, итн.	2	1.41
Медицински сестри	1	0.79
Исхрана	1	0.79
Работна терапија	8	5.67
Физиотерапија	2	1.41
Психолошка проценка и советување	19	13.47
Специјалист за здравје во заедницата	1	0.79
Социјална работа	2	1.41
Социологија	2	1.41
Специјално образование	12	8.51
Говорна и јазична терапија	32	22.69

Учесниците во фокус групите, вклучувајќи професионалци и родители, ја сметаа раната интервенција за сложен процес што бара соработка меѓу дисциплините,

континуирано образование и структурирана поддршка. Според експертите, современите методи, подобрата комуникација меѓу институциите и индивидуализираните пристапи што им даваат поголема контрола на родителите се од клучно значење. Сепак, родителите се соочуваат и со значителни предизвици, како што се ограничен пристап до ресурси, високи трошоци, емоционален данок и недостаток на социјална поддршка, дури и додека гледаат како нивните деца напредуваат. Активното учество на родителите, емоционалната поддршка и обезбедувањето интегрирани услуги се клучни за заедничкото верување на страните дека раната интервенција е најуспешна кога се фокусира на семејната единица. Сепак, институционалните недостатоци, вклучувајќи го недостатокот на регулатива, недоволното финансирање, отсуството на компетентен персонал и ограничената употреба на иновативни идеи, ја попречуваат ефикасноста и соработката. Цитатите се дадени подолу:

- *„Да се зајакне системската поддршка преку воспоставување строги критериуми за проценка на сите релевантни програми и преку создавање и спроведување правила што се прилагодени на потребите на децата со развојни потешкотии.“ - професионалец*
- *„Потребно е експертско знаење во третман заснован на траума, алтернативна комуникација, асистивна технологија и современи техники.“ - професионалец*
- *„За надминување на стресот и стигмата, неопходно е родителите да се вклучат во планирањето, да им се обезбеди практична обука и да се формираат групи за поддршка.“ - родител*
- *„За проширување на услугите, потребно е да се започнат нови програми за лица со развојни попречености, да се изградат дополнителни центри и да се воведат систем на домашни посети.“ - родител*

Експертите за рана интервенција се согласуваат дека родителите се клучни, но исто така велат дека нема доволно пари, персонал или технологија за поддршка на континуирани иницијативи за вклучување на родителите во школувањето на нивните деца. Иако родителите го препознаваат напредокот што нивните деца го постигнуваат во третманот, тие сепак се незадоволни поради скапите трошоци на програмите, недостатокот на пристапност, долгите периоди на чекање и недоволната емоционална поддршка. Системските недостатоци во финансирањето, законот и институционалната координација

го отежнуваат исполнувањето на очекувањата и ефикасноста на услугите, дури и кога се посакуваат пристапи фокусирани на семејството. Разликата меѓу двата фактора укажуваат на тоа.

4.2.10 Типови на услуги

Услугите за рана интервенција во детството што се нудат се разновидни, но нерамномерно распределени, што одразува примарен фокус на проценка и утврдување на подобноста на децата за услуги. Резултатите покажуваат дека најчестите услуги се: утврдување на подобноста за РИД (11,34 %), сеопфатни развојни проценки (10,99 %), говорна/јазична/слушна терапија (10,36 %) и проценка на интеракцијата родител - дете (9,21 %). Овие бројки укажуваат на силна ориентација кон дијагнозата и почетното планирање на услугите, наместо кон долгорочни интервенции и одржлива поддршка.

Табела 18 Услуги обезбедени од програмите за рана интервенција во детството

Обезбедени услуги	N (број на единици)	%
Активности за теренска работа во заедницата за пронаоѓање потенцијално подобни деца	7	2.48
Развојни скрининзи на деца	15	5.31
Сеопфатни проценки на сите домени на развојот на детето	31	10.99
Специјализирани проценки на развојот на детето	15	5.31
Утврдување на подобноста на децата за услуги за РИД	32	11.34
Проценки на интеракцијата родител - дете	26	9.21
Проценки на здравјето, исхраната и хигиената на детето	18	6.38
Подготовка на Индивидуализирани планови за семејни услуги (ИПСУ)	20	7.09
Услуги за физиотерапија	3	1.06
Услуги за говорна/јазична/слушна терапија	30	10.36
Аудиолошки услуги	1	0.35
Услуги за работна терапија	8	2.83
Психолошка проценка, советување и поддршка	20	7.09

Услуги за управување со случаи и упатувања до други услуги	10	3.54
Едукација на родители за време на домашни посети	7	2.48
Едукација на родители во групи во центри	4	1.41
Групи за поддршка на родители и врсници	8	2.83
Услуги за едукација за здравје и исхрана	1	0.35
Едукација за лична и домашна хигиена и безбедност	9	3.19
Планови за транзиција со родители, деца и следните даватели на услуги (директори и наставници во инклузивни предучилишни установи, основни училишта, специјализирани училишта итн.)	13	4.6
Помош за добивање асистивни технологии (опрема)	2	0.7
Онлајн посети	1	0.35
Услуги за одмена од неа за родители	1	0.35

Од друга страна, поддржувачките и комплементарните услуги (како што се групи за едукација на родители, групи за поддршка на врсници, помош преку асистивна технологија, онлајн посети или одмена од грижа за родители) се појавуваат на минимални нивоа (0,35 – 3 %). Ова укажува дека семејната и психосоцијалната димензија на интервенцијата остануваат ограничени, иако во пристапот на семејно ориентираната едукација за деца, таа треба да биде централна компонента за зајакнување на соработката меѓу родителите и професионалците.

Тематската анализа на фокус групите јасно покажа дека и професионалците и родителите го сметаат пристапот центриран кон семејството за суштински, за развојот на детето. Професионалците ја нагласија потребата од активно вклучување на родителите во секојдневните активности на децата преку индивидуализирани планови и проекти базирани во домот или заедницата. Сепак, родителите често се соочуваат со недостаток на знаење, самодоверба и емоционална поддршка. Други пречки вклучуваат отсуство на модерна обука, слаби државни и правни структури, културна стигма и ограничен пристап до специјализирани услуги. Друг голем јаз е недостатокот на услуги по 18-годишна возраст и системски доцнења во дијагнозата и раната интервенција. Од перспектива на родителите, вклучувањето во планирањето на услугите е позитивно, но тие бараат поголема практична,

психолошка и социјална поддршка. И професионалците и родителите, се согласуваат за важноста на тесната соработка и координација за постигнување ефективни резултати во раната интензивна нега. Сепак, недостатокот на ресурси, стабилни структури и јасна законска регулатива - заедно со емоционалните и културните бариери - го ограничува влијанието на услугите. Без институционална и финансиска поддршка, како и континуирана обука, практиките центрирани кон семејството остануваат фрагментирани и неодржливи. Цитатите се дадени подолу:

- *„Да се зајакне законската рамка и државниот инспекциски надзор за регулирање на услугите за РИД и обезбедување квалитет и еднаков пристап.“ - професионалец*
- *„Да се развијат современи и интердисциплинарни програми за обука на професионалци, кои вклучуваат пристап заснован на траума и примена на асистивни технологии.“ - професионалец*
- *„Треба да се прошири опфатот на услугите и по раното детство, опфаќајќи го адолесцентниот и возрасниот период, со цел да се обезбеди континуитет на интервенцијата.“ - родител*

Триангулацијата на обезбедените услуги покажува јасно несовпаѓање помеѓу очекувањата и реалноста: професионалците ги сметаат родителите за централни за процесот, но честопати недостасуваат структурирани механизми за нивна едукација и оспособување, а родителите се чувствуваат вклучени во донесувањето одлуки, но не се емоционално и практично поддржани. Услугите се доминирани од дијагностички проценки и утврдување на подобноста за РИД, додека психосоцијалната и семејно фокусираната поддршка се минимални. Ова создава чувство на фрагментиран процес фокусиран главно на детето, со што се ограничува долгорочното влијание. За да се постигнат поодржливи резултати, потребен е унифициран пристап, односно таков што ги комбинира родителската обука, емоционалната поддршка, меѓуинституционалната соработка и сеопфатните услуги што го вклучуваат семејството како активен партнер.

4.3 Стратешки приоритети за зајакнување на услугите за РИД

4.3.1 Стратешки приоритети за зајакнување на услугите за РИД со вклучување на персоналот

Вкупно 10,17 проценти од работниците изјавиле дека „олеснувањето на родителите да добијат помош и образовни програми“ е најголемата загриженост. Ова докажува дека учеството на родителите во раната интервенција во голема мера влијае на ставовите на луѓето. Додека 7,39 % од експертите веруваат дека малцинските, оддалечените и руралните популации треба да добијат помош, 8,93 % веруваат дека предрасудите и стигмата треба да се искоренат. Исто така, се нагласува дека треба да се биде инклузивен и праведен.

Табела 19 Клучни препораки на персоналот за зајакнување на услугата за рана интервенција во детството

Пет препораки од персоналот	N (број на единици)	%
Проширување на застапувањето за намалување на стигмата и дискриминацијата	36	8.93
Проширување на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за РИД	25	6.2
Развивање национални политики, планови, закони и прописи за услугите за РИД	23	5.7
Постигнување поголема еднаквост преку подобрување на пристапот до услугите за РИД	24	5.95
Подобрување на организацијата и координацијата на услугите за РИД со други услуги	20	4.96
Воспоставување на национален систем за редовно следење на развојот, скрининг и упатувања	23	5.7
Обезбедување висококвалитетни и сеопфатни проценки на развојот на децата и семејствата	23	5.7
Развивање коалиција или мрежа на услуги за РИД	14	3.47
Обезбедување повеќе услуги за домашна посета	27	6.69
Нудење повеќе услуги за едукација и поддршка на родителите	41	10.17
Давање повеќе можности за вклучување на родителите во организациите за РИД	12	2.97
Подобрување на содржината за услугите за РИД: наставни програми, образовни материјали и методи	17	4.21
Подобрување и проширување на обуката пред и во текот на работното место за професионалци кои обезбедуваат услуги за РИД	15	4.72

Обезбедување обука во текот на работното место за современи услуги за персоналот кој обезбедува услуги за РИД	20	4.96
Подобрување и проширување на системите за надзор, обука и менторство на професионалци и парапрофесионалци во РИД	11	2.72
Проширување на услугите во руралните региони, оддалечените области и малцинските етнички групи	31	7.69
Развивање на национален систем за следење и евалуација на РИД организации	7	1.73
Проширување на владино/министерско финансирање за услуги за РИД на централно, (регионално) и општинско ниво	20	4.96
Обезбедување компјутери, таблети и други технологии побарани од организациите што нудат услуги за РИД	7	1.73
Спроведување национални анкети за собирање податоци за мали деца со развојни застои и попречености	7	1.73

Други значајни предлози вклучуваат подобри услуги за домашни посети (6,69 %), поголемо користење на услугите за РИД (6,2 %) и создавање национални стандарди и закони за РИД (5,7 %). За да се развие систем што ќе трае, без разлика колку помош ќе добијат, подеднакво е важно да се едуцираат луѓето, да се побара стручен совет, да се изградат врски и да се користи технологија.

Резултатите покажуваат дека и родителите и експертите веруваат дека учеството на семејството е клучно за ефикасноста на раната интервенција. Во други случаи, експертите можеби нема да бидат во можност ефикасно да ги овластат родителите преку домашни посети, иницијативи во заедницата или персонализирани програми. Неколку фактори придонесуваат за ова, како што се отсуство на обука, чувство на срам додека се во јавност, финансиски проблеми и недоволна помош од институциите. И покрај многу подобрите резултати кај децата, родителите сè уште имаат неколку проблеми. Некои примери за овие проблеми се долгите периоди на чекање за дијагноза, недоволното финансирање и застарената инфраструктура. Друг проблем е отсуството на емоционална поддршка. Услугите што ги бараат родителите треба да бидат достапни за сите, да обезбедат правична распределба на ресурсите и да обезбедат поддршка на долг рок. Од друга страна, експертите би сакале повеќе ресурси како пари и обука за да можат подобро да ги поддржат родителите. Некои цитати се дадени подолу:

- *„Да се помогне на родителите преку насочување, емоционална поддршка и обезбедување помош додека учат нови вештини.“ - професионалец*
- *„Луѓето треба постојано да учат за нови методи бидејќи тие постојано се менуваат, како што се третмани засновани на докази, трансдисциплинарни пристапи и технологии што помагаат на лицата.“ - родител*
- *„Трето, да се воспостават поцелосни закони кои обезбедуваат јасност околу лиценцирањето и обврските за обезбедување услуги.“ - професионалец*
- *„Да се реализираат домашни посети на лица од оддалечени локации и да им се обезбедат услуги кои би биле скапи или тешко достапни.“ - родител*
- *„Да се овозможи на семејствата пристап до дневни центри, финансиска помош, членство во организации што нудат поддршка и помош за задоволување на основните потреби.“ - родител*
- *„По завршувањето на средното училиште, да се обезбеди пристап до поддршка за деца кои имаат потешкотии при транзицијата кон возрасниот живот.“ - родител*

Со испитување на стратешките цели на персоналот на РИД од три различни агли, можеме да видиме каде родителите и професионалците се согласуваат. Целта на специјалистите е да се осигурат дека родителите ќе успеат со тоа што ќе им ги дадат сите алатки што им се потребни. За жал, ова нема да се случи поради недостаток на обука, институционална поддршка и упатства. Родителите треба да бидат вклучени, но тие често се соочуваат со пречки, вклучувајќи несоодветна емоционална поддршка, долги периоди на чекање за тестови и недостаток на информации. Од двете перспективи, главните причини за нееднаквостите во пристапот вклучуваат стигма, недоволни услуги во оддалечените области и лоша инфраструктура. За да се затвори јазот помеѓу јавното мислење и реалноста, потребна ни е кохезивна стратегија што вклучува правила, финансирање, меѓуинституционална соработка, вклучување на родителите и подобрена професионална обука.

4.3.2 Стратешки приоритети за зајакнување на услугите за РИД со вклучување на родителите

Препораките на родителите за подобрување на услугите за рана интервенција во детството одразуваат силен фокус на застапување и поддршка на семејството. Главните приоритети вклучуваат проширување на застапувањето за намалување на стигмата и дискриминацијата (8,41 %) и зголемување на побарувачката за услуги (6,54 %), како и обезбедување повеќе образование и поддршка за родителите (8,22 %).

Табела 20 Клучни препораки од родителите за зајакнување на услугите за рана интервенција во детството

Пет препораки од родителите	N (број на единици)	%
Проширување на застапувањето за намалување на стигмата и дискриминацијата и зголемување на побарувачката за услуги за рана интервенција во детството	45	8.41
Проширување на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за рана интервенција во детството	35	6.54
Развивање на национални политики, планови, закони и прописи за услуги за рана интервенција во детството	36	6.72
Постигнување поголема еднаквост преку подобрување на пристапот до услуги за рана интервенција во детството	39	7.28
Подобрување на организацијата и координацијата на услугите за рана интервенција во детството со други услуги	28	5.23
Воспоставување на национален систем за редовно следење на развојот, скрининг и упатувања	27	5.04
Обезбедување на висококвалитетни и сеопфатни проценки на развојот на децата и семејствата	35	6.54
Развивање на коалиција или мрежа на услуги за рана интервенција во детството	27	5.04
Обезбедување на повеќе услуги за домашна посета за РИД	34	6.35
Нудење на повеќе услуги за едукација и поддршка на родителите	44	8.22
Давање на повеќе можности за вклучување на родителите во организациите за рана интервенција во детството	30	5.6
Подобрување и проширување на обуката пред вработување за професионалци кои обезбедуваат услуги за рана интервенција во детството	16	2.99

Обезбедување обука во текот на работното место за современи услуги за персоналот кој обезбедува услуги за рана интервенција во детството	10	1.86
Подобрување и проширување на системите за надзор, обука и менторство на професионалци и парапрофесионалци кои обезбедуваат услуги за рана интервенција во детството	14	2.61
Проширување на услугите во руралните региони, оддалечените области и малцинските етнички групи	29	5.42
Развивање на национален систем за следење и систем за евалуација за организации кои нудат услуги за рана интервенција во детството	10	1.86
Проширување на владиното/министерското финансирање за услуги за рана интервенција во детството на централно, (регионално) и општинско ниво	45	8.41
Обезбедување компјутери, таблети и други технологии побарани од организации кои нудат услуги за рана интервенција во детството	18	3.36
Спроведување национални анкети за собирање податоци за развојни доцнења и попречености	13	2.42

Друг клучен фактор што беше забележан е дека државата мора да обезбеди повеќе пари (8,41 %) и да го олесни добивањето услуги (7,28 %), особено во руралните средини и за оние кои веќе се во неповолна положба. Родителите, исто така, изјавија дека домашните посети (6,35 %), јасното разјаснување на националните цели и планови (6,72 %) и зголемената координација меѓу институциите (5,23 %) се многу важни. Родителите одговорија дека нивната најголема загриженост не е само квалитетот на услугите, туку и тоа што често не добиваат помош, немаат доволно пари на долг рок и нивната вклученост. Луѓето мислат дека родителите треба да бидат активни во растот на своите деца, за сè да оди како што треба. Цитатите од фокус групите се дадени подолу:

- „Да се обезбеди дека сите заедници можат да користат услуги и да ги следат истите стандарди преку јасно дефинирани национални закони и регулативи.“ - професионалец
- „Да се зголемат државните средства, особено за програми и директна поддршка за семејствата.“ - родител

- „Да се едуцираат родителите и да им се обезбедат групи за поддршка и домашни посети, за да учат и да добиваат помош.“ - родител
- „Да се воспостават мрежи за соработка помеѓу РИД центри, училишта и здравствени и социјални организации за да се олесни координираната работа помеѓу овие групи.“ - професионалец

Триангулацијата покажува за што се согласуваат и за што се разликуваат родителите и професионалците во мислењата кога станува збор за клучни прашања. Професионалците знаат дека родителите треба да бидат вклучени, но обично само им дозволуваат да ги набљудуваат сесиите. Родителите, од друга страна, сакаат да можат да прават повеќе избори, да добијат емоционална поддршка и да стекнат знаење што им е корисно. Тие мислат дека системот не функционира и не е поддржан од законот затоа што сакаат да се борат против стигмата, да добијат повеќе пари од државата и да ја направат националната политика појасна. Експертите тврдат дека семејствата немаат ресурси или обука што им е потребна за да се чувствуваат овластени, а родителите тврдат дека програмите не се корисни или комплетни без нивно активно учество. Овој контраст нагласува колку е клучно да се има еден план што вклучува долгорочни политики и финансирање, посети во домовите, едукација на родителите и соработка со други групи. Ако сите работат заедно, раната интензивна нега може да стане инклузивна, семејно ориентирана и долготрајна само на долг рок.

Го користевме Пирсоновиот Хи-квадрат тест за да ја испитаме корелацијата помеѓу моменталната возраст на детето и возраста на која првпат примило услуги за рана интервенција во детството. Тестот даде резултат од $\chi^2(16, N = \dots) = 52,630, p < 0,001$, што укажува на статистички значајна поврзаност. Ова значи дека датумот на почеток на услугата е ист како и моменталната возраст на детето. Ова значи дека помладите деца имаат поголема веројатност да почнат да ги користат услугите за РИД кога биле помлади отколку постарите деца. Ова може да се должи на тоа што технологиите за рано откривање на проблеми станале подобри, родителите и професионалците се посвесни и е поедноставно да се добие третман. Постарите деца, од друга страна, можеби претрпеле одложувања во минатото затоа што нивните системи не работеле добро, не знаеле доволно или не можеле да добијат помош.

Студијата на фокус групата покажува дека долго време имало предизвици и промени. Експертите сметаат дека родителите треба да бидат активни, но тие често не се бидејќи немаат соодветни вештини, пари или институционална поддршка за да продолжат со работите. Родителите веруваат дека нивните деца значително се подобриле откако добиле логопедска терапија, Применета анализа на однесување (ПАО) и работен третман. Тие, исто така, тврдат дека е потребно долго време за да се постави дијагноза, чини премногу, не дава доволно информации и не му помага на целото семејство. Двете страни се согласуваат дека ставањето на семејствата на прво место и заедничката работа на покоординиран начин се многу важни. Но, програмите што се во сила сега се сè уште поделени и главно се фокусираат на децата, што значи дека родителите немаат многу шанси да бидат вклучени.

Триангулацијата покажува дека и експертите и родителите веруваат дека решенијата фокусирани на семејството се неопходни за да функционира интервенцијата во раното детство. Но, овие методи сè уште не се користат на конзистентен или унифициран начин. Професионалците знаат дека родителите се многу важни, но немаат соодветни алатки, континуирано финансирање или ажурирана обука за да им помогнат. Родителите сакаат нивните деца да пораснат, но многумина мислат дека не можат поради одложувања, трошоци, стигма и немање доволна емоционална и социјална поддршка. Кога луѓето не знаат што да очекуваат, за нив е потешко да работат заедно и да прават планови. За да ги решиме овие тешкотии, ни треба еден план што вклучува јасни правила, долгорочно финансирање, професионална обука и програми што се фокусираат на родителите. РИД може да им помогне на децата и семејствата да постигнат правични и долготрајни резултати со тоа што им обезбедува на родителите поголема моќ како активни учесници, осигурувајќи дека секој може да пристапи до долгорочни услуги и подобрувајќи ја координацијата меѓу институциите.

X2a - Нивоата на учество на семејството се разликуваат според фреквенцијата на услугите и интензитетот на посетите.

За хипотезата X2a, беше спроведена еднонасочна АНОВА за да се испита дали нивоата на учество на семејствата се разликуваат според фреквенцијата на услугите и интензитетот на посетите. Независната променлива се состоеше од три категории на

учество (во сите посети, во некои посети, во некои - до никакви посети), додека зависната променлива беше резултатот за учество на семејствата и интензитет на услугите. Целта беше да се утврди дали просечните нивоа на учество варираат значително во овие групи. Дескриптивната статистика покажува јасни разлики помеѓу групите. Семејствата кои учествувале во сите посети пријавиле понизок просечен резултат ($M = 2,08$, $SD = 0,30$), во споредба со оние кои учествувале во некои посети ($M = 2,93$, $SD = 0,40$) и оние кои учествувале во некои до никакви посети ($M = 3,00$, $SD = 0,38$). Вкупниот просек на примерокот беше $2,62$ ($SD = 0,55$). Интервалите на доверба покажуваат ограничено преклопување помеѓу групата „сите посети“ и другите две групи, што укажува на значајна варијација во нивоата на учество низ категориите.

Табела 21 Описна статистика за учеството на семејството и интензитетот на услугите во интервенцијата во раното детство (ЕЦИ)

Учество на семејството и интензитет на услуги

	N (број на един ици)	Сред на вредн ост	Стандард на девијациј а	Стан дардн а греш ка	95 % интервал на доверба за средна вредност			
					Долна граница	Горна граница	Мини мум	Макс имум
Во сите посети	8	2.083 3	.29547	.1044 6	1.8363	2.3304	1.67	2.33
Во некои посети	9	2.925 9	.40062	.1335 4	2.6180	3.2339	2.33	3.33
Во некои или воопшто нема посети	4	3.000 0	.38490	.1924 5	2.3875	3.6125	2.67	3.33
Вкупно	21	2.619 0	.55061	.1201 5	2.3684	2.8697	1.67	3.33

Резултатите од АНОВА потврдуваат дека овие разлики се статистички значајни, $F(2, 18) = 14,326$, $p < 0,001$. Варијансата меѓу групите (Средна вредност = 1,862) е значително поголема од варијансата во рамките на групата (Средна вредност = 0,130), што укажува дека нивоата на учество се разликуваат систематски според фреквенцијата на услугите и интензитетот на посетите, а не случајно.

Табела 22 Еднонасочна АНОВА на учеството на семејството и интензитетот на услугите во рана интервенција во детството

Учество на семејството и интензитет на услуги

	Збир на квадрати	Df (степени на слобода)	Средна вредност	F (статистик а)	Sig. (вредност)
Меѓу групи	3.724	2	1.862	14.326	.000
Во рамките на групите	2.340	18	.130		
Вкупно	6.063	20			

Резултатите даваат силни докази дека нивоата на учество на семејството значително варираат кај различните нивоа на фреквенција на услуги и интензитет на посети. Затоа, хипотезата **X2a** е поддржана, бидејќи учеството на семејството се разликува во зависност од тоа колку често се испорачуваат услугите и колку редовно семејствата присуствуваат на посети.

X2b - Учесството на семејството се разликува во различните услови за испорака на услуги (дома, центар, мешано).

За хипотезата X2b, беше спроведена еднонасочна АНОВА за да се испита дали учеството на семејствата се разликува во различните услови за испорака на услуги (модел во домот, центрите или мешани). Зависната променлива вредност беше резултатот за

учество на локацијата за испорака на услуги, а споредбите беа направени во различни општини како што е прикажано во збирот на податоци. Целта беше да се утврди дали нивоата на учество значително варираат во зависност од тоа каде се испорачуваат услугите. Дескриптивната статистика покажува умерена варијација во средните резултати за учество низ локациите. На пример, Липљан ($M = 4,33$, $SD = 1,53$) и Фуше Косове ($M = 3,88$, $SD = 1,18$) пријавија релативно повисоки средни вредности за учество, додека Гнилане ($M = 2,93$, $SD = 0,45$) и некои помали локалитети пријавија пониски или константни резултати околу 3,00. Вкупниот просечен резултат за учество за вкупниот примерок беше 3,20 ($SD = 0,58$), што укажува на генерално умерени нивоа на учество низ контекстите на испорака на услуги. Сепак, многу локации имаа многу мали големини на примерокот ($n = 1$ или 2), што ја намалува стабилноста на проценките.

Табела 23 Описна статистика за локацијата на испорака на услуги по општина

Локација за обезбедување на услуги

	N (број на единици)	Сред на вредност	Стандар дна девијација	Стан дард на грешка	95 % интервал на доверба за средна вредност			
					Долна граница	Горна граница	Мин имум	Макс имум
Приштина	32	3.281 3	.58112	.1027 3	3.0717	3.4908	3.00	5.00
Обилиќ	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Фуше Косове	4	3.875 0	1.18145	.5907 3	1.9950	5.7550	3.00	5.50
Гнилане	7	2.928 6	.44987	.1700 3	2.5125	3.3446	2.00	3.50
Митровица	12	3.083 3	.28868	.0833 3	2.8999	3.2667	3.00	4.00

Призрен	4	3.000 0	.00000	.0000 0	3.0000	3.0000	3.00	3.00
Беси, Приштина	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Арлат, Дренас	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Милошеве, Обилиќ	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Скендерај	5	3.300 0	.44721	.2000 0	2.7447	3.8553	3.00	4.00
Племетин, Обилиќ	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Астразуб. Малишева	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Липјан	3	4.333 3	1.52753	.8819 2	.5388	8.1279	3.00	6.00
Забел и улет, Скендерај	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Лапаштиќ, Подујеве	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Харилак, Фуше Косове	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Коротик е Еперме, Дренас	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Истог	2	3.000 0	.00000	.0000 0	3.0000	3.0000	3.00	3.00

Урошевац	11	3.000 0	.00000	.0000 0	3.0000	3.0000	3.00	3.00
Коморан	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Вучтри	2	3.500 0	.70711	.5000 0	-2.8531	9.8531	3.00	4.00
Митровица	2	3.375 0	.53033	.3750 0	-1.3898	8.1398	3.00	3.75
Пестово	1	3.333 3	.	.	.	.	3.33	3.33
Селац	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Бурое	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Беџуку	1	2.000 0	.	.	.	.	2.00	2.00
Новосел	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Деди	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Послишт	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Вити	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Роган	2	4.000 0	1.41421	1.000 00	-8.7062	16.7062	3.00	5.00

Штиме	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Заскок	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Качаник	2	3.500 0	.70711	.5000 0	-2.8531	9.8531	3.00	4.00
Елез Хан	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Нековац	1	3.000 0	.	.	.	.	3.00	3.00
Вкупно	111	3.203 5	.57863	.0549 2	3.0946	3.3123	2.00	6.00

Резултатите од АНОВА покажуваат дека разликите во учеството низ локациите за испорака на услуги не биле статистички значајни, $F(35, 75) = 0,948$, $p = 0,559$. Варијансата меѓу групите (Средна вредност = 0,323) била слична на варијансата во рамките на групата (Средна вредност = 0,340), што укажува дека забележаните разлики веројатно се должат на случајни варијации, а не на систематски разлики низ средини.

Табела 24 Еднонасочна АНОВА на локацијата за испорака на услуги по општина

Локација за обезбедување на услугите

	Збир на квадрати	Df (степени на слобода)	Средна вредност	F (статистик а)	Sig. (вредност)
Меѓу групи	11.294	35	.323	.948	.559
Во рамките на групите	25.535	75	.340		
Вкупно	36.829	110			

Наодите не даваат статистички докази дека учеството на семејствата значително се разликува во различните услови за испорака на услуги во овој примерок. Затоа, **хипотезата X2б не е поткрепена**. Иако постојат описни разлики, тие не се статистички значајни, а големиот број на мали подгрупи можеби ја ограничил моќта на анализата.



Слика 2 Просечни разлики во локацијата за испорака на услуги по општини

Квалитативни резултати

Истражувачкото прашање 6.2 ги истражува вообичаените перцепции на професионалците и родителите во врска со услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството во Косово и како овие перцепции ја обликуваат соработката и координацијата помеѓу двете групи засегнати страни. Квантитативните резултати во ова поглавје истакнуваат систем во кој обезбедувањето услуги е концентрирано во невладини организации и приватни даватели на услуги (Табела 4), патиштата за информации и упатување во голема мера се потпираат на неформални извори (Табела 5), а професионалната поддршка претежно се обезбедува преку формати само за деца, наместо преку заеднички модели базирани на родител-дете или тим (Табела 6). Овие модели се однесуваат директно на хипотезите од поглавјето за учество и интензитет (X2a) и учество

низ сите средини (X26), бидејќи перцепциите за „што е РИД“ и „кој ја носи одговорноста“ влијаат на тоа колку често семејствата учествуваат, како се структурирани услугите и како се управува со координацијата низ организациите.

Фокус групите разјаснуваат зошто пристапот фокусиран на семејството е широко прифатен во принцип, но недоследно се спроведува во пракса. Професионалците често ја дефинираат семејната центрираност како родители кои набљудуваат сесии и следат поедноставени планови дома, додека родителите ги ценат услугите откако ќе им се пристапи, но опишуваат недостатоци во обуката, комуникацијата и практичната поддршка што ја ограничуваат одржливата соработка. Во комбинација, овие перцепции создаваат координативен јаз: засегнатите страни се согласуваат за важноста на вклученоста на родителите, но структурите на системот (време, финансирање, персонал и механизми за упатување) не овозможуваат постојано заедничко планирање, споделена одговорност и континуитет на поддршката.

Илустративни цитати од професионалци и родители:

Перцепции за практиката центрирана кон семејството и родителската улога

„Се обидуваме да поедноставиме... родителите можат да присуствуваат на терапевтска сесија и да го видат целиот процес... а потоа да работат појасно дома.“ (B1)

„Дома, повеќето родители се ангажирани да работат со детето.“ (B15)

„Мајките велат дека ниту една од нив немала можност да биде дел од каква било обука.“ (резиме на групата родители)

Стигма, семејна неподготвеност и нејзиното влијание врз соработката

„Членовите на семејството не прифаќаат... Морав да се претставам како едукатор.“ (B5)

„Многу парови... нивната врска се влошува... малку стигма, малку незнаење.“ (B8)

Координација и упатување како слаба точка во соработката

„Секоја недела, секој понеделник се среќаваме.“ (резиме на групата професионалци)

„Во делот за референца... ни треба такво нешто.“ (B1)

„Не знаев дека има центар во мојот град.“ (B6)

Перцепирани придобивки, но и практични ограничувања што го намалуваат учеството

„Говорната терапија многу му помогна на моето дете.“ (B17)

„Моето дете беше поагресивно, сега е посмирено.“ (B19)

„Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (B11)

Мониторингот и евалуацијата ја обликуваат довербата и заедничкото разбирање

„Секој чекор што го правиме... е надгледуван.“ (B1)

„Напредокот на децата е форма на мониторинг... немаме никаква форма.“ (B16)

Табела 25 Пракса, координација и системски празнини во семејно-центрираната пракса во раната интензивна нега:

Тематски преглед на квалитативни цитати

Теми	Цитати
Пракса центрирана кон семејството како коучинг преку набљудување и поедноставени планови	„Се обидуваме да поедноставиме... родителите можат да присуствуваат на терапевтска сесија... а потоа да работат појасно дома.“ (B1)
Видливиот напредок на детето ја зајакнува довербата и подготвеноста на родителите за соработка	„Логопедијата многу му помогна на моето дете.“ (B17)
Практичните и економските ограничувања го намалуваат доследното учество	„Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (B11)
Недостатокот на структурирана обука на родителите ја ограничува заедничката имплементација дома	„Никој од нив немаше можност да биде дел од никаква обука.“ (резиме на групата родители)
Стигмата и отпорот на семејството го ограничуваат отворениот ангажман со професионалци	„Членовите на семејството не прифаќаат... Морав да се претставам како едукатор.“ (B5)
Постои внатрешна координација, но упатувањата меѓу давателите на услуги остануваат неформални	„Секоја недела, секој понеделник се среќаваме.“ (резиме на групата професионалци)

Теми	Цитати
Неформалното откривање на услугите одразува слаби институционални патишта за упатување	„Не знаев дека има центар во мојот град.“ (B6)
Мониторингот и евалуацијата се потпираат на неформални индикатори, а не на алатки	„Напредокот на децата е форма на следење... немаме никаква форма.“ (B16)
Поддршката од дома/заедница базирана на проекти ја ослабува одржливоста на соработката	„Домашни посети... тоа е само проект што може да се заврши за можеби 6-7 месеци.“ (B3)

Професионалците и родителите делат позитивна перцепција за вредноста на раната институционална семејна поддршка и во голема мера ги поддржуваат принципите ориентирани кон семејството, но тие честопати го разбираат „семејното центрирање“ поинаку и работат во рамките на ограничувања што ја ограничуваат конзистентната соработка. Професионалците ја опишуваат намерата и напорот преку поедноставени планови, набљудување на родителите и внатрешна координација, но тие исто така известуваат за поддршка од дома/заедница базирана на проекти, ограничена обука и слаби структури на упатување. Родителите го нагласуваат напредокот на детето и ценењето на услугите, но тие исто така известуваат за неформални патишта за влез, недостаток на обука на родителите, финансиски и временски оптоварувања и ограничена поддршка од целото семејство. Овие конвергентни и дивергентни перцепции помагаат да се објасни зошто интензитетот на учество се разликува според моделите на посети (поддржувајќи го X2a), додека разликите според условите се потешки за откривање статистички (X2b не е поддржан), со оглед на тоа што услугите остануваат претежно централно базирани, а основните механизми за координација надвор од организациите остануваат неформални и недоследни.

4.4 Пречки со кои се соочуваат професионалците и родителите во пристапот и користењето на услугите за рана интервенција во детството центрирани околу семејството

РИД претставува витален механизам за поддршка на развојот на децата и јакнење на семејствата во процесот на грижа. Анализата на податоците и перцепциите, и на родителите и на професионалците, покажува дека пристапот до овие услуги е под влијание на повеќе фактори, вклучувајќи го времето на чекање, вклученоста на родителите, економските бариери и нееднаквостите помеѓу урбаните и руралните средини. Идентификувањето на овие предизвици и олеснувачи е од суштинско значење за градење услуги кои се порамноправни, инклузивни и центрирани кон семејството.

4.4.1 Времетраење на листата на чекање

Податоците покажуваат дека поголемиот дел од семејствата (70 %) чекале помалку од три месеци за да пристапат до услуги за рана интервенција во детството . Ова претставува важен фактор, бидејќи навремениот пристап може значително да ги подобри развојните резултати на децата. Сепак, значителен дел од семејствата имале подолго време на чекање - помеѓу три и шест месеци (8 %), седум месеци до една година (11 %) и повеќе од една година (11 %). Овие доцнења укажуваат на сериозни пречки поврзани со ограничените ресурси и недоволниот институционален капацитет. Како што е наведено и од професионалците и од родителите, таквото време на чекање ја намалува ефикасноста на услугите и ги влошува нееднаквостите во пристапот.

Долгото време на чекање се јавува како една од најголемите пречки за пристап до услуги центрирани кон семејството. Тие влијаат не само на навременоста на дијагнозата и третманот, туку и на искуствата на родителите, кои често ја губат мотивацијата или се соочуваат со дополнителен стрес. Спротивно на тоа, пократките времиња на чекање - пријавени од мнозинството семејства - се сметаат за олеснителен фактор што овозможува побрза интеграција во програмите и води кон подобри резултати. Ова истакнува дека проширувањето на капацитетите на услугите, подобрувањето на организацијата и намалувањето на листите на чекање се клучни елементи за зајакнување на еднаквоста и целокупниот квалитет на интервенциите.

Табела 26 Временска рамка на листата на чекање за услуги за рана интервенција во детството

Времетраење на листата на чекање	N (број на единици)	%
Помалку од 3 месеци	33	70,2
Од 3 до 6 месеци	4	8,5
Од 7 месеци до 1 година	5	10,6
Повеќе од 1 година	5	10,6

Дискусиите и со професионалци и со родители истакнуваат дека времето на чекање останува еден од најзначајните предизвици за пристап и ефикасност на услугите за рана интервенција во детството . Додека многу семејства можат да пристапат до услугите во рок од три месеци, значителен број сè уште чекаат помеѓу шест месеци и повеќе од една година. Ваквите одложувања создаваат видливи нееднаквости и негативно влијаат и на развојот на децата и на благосостојбата на родителите. Покрај тоа, недостатокот на официјални упатства и унифицирани стандарди, ограничените јавни информации и неструктурираните процедури за следење дополнително ја зголемуваат неизвесноста.

Од друга страна, беа забележани неколку олеснителни фактори: соработката меѓу родителите и професионалците, вклученоста на градинките и предучилишните установи во процесот и практиките во некои организации кои ги вклучуваат родителите во предлагањето подобрувања на услугите. Затоа, долгото време на чекање претставува системска бариера што го поткопува квалитетот и еднаквоста, оставајќи ги родителите да се соочат со стрес, изгубени развојни можности за своите деца и неизвесност за иднината. Сепак, таму каде што семејствата се активно вклучени, каде што институционалната соработка (особено со предучилишните установи) е посилна и каде што структурите на сесиите се подобро организирани, забележани се позитивни резултати - демонстрирајќи го потенцијалот на покоординиран пристап фокусиран на семејството.

Со комбинирање на статистичка анализа (податоци од листата на чекање), перцепциите од фокус групите со родители и професионалци и наодите од интервјуата, се добива јасна слика и за пречките и за олеснувачите за пристап до РИД. Нумеричките податоци покажуваат дека повеќето семејства започнуваат со користење на услугите во рок

од три месеци, што е важен олеснувач на позитивните исходи. Сепак, значителен дел од семејствата пријавуваат чекање помеѓу шест месеци и повеќе од една година, што одразува нееднаквости и структурни недостатоци. Дискусиите во фокус групите ги поврзуваат овие доцнења директно со недостатокот на човечки ресурси, финансиски трошоци и слаба меѓуинституционална координација. Во исто време, и родителите и професионалците, нагласуваат дека тесната соработка, особено со психолозите и предучилишните установи, донесе видливи подобрувања во развојот кај децата.

Овие комбинирани докази укажуваат на четири главни пречки: долго време на чекање, урбано-рурални нееднаквости, финансиски оптоварувања и недостаток на јасни информации. Спротивно на тоа, главните олеснувачи вклучуваат побрз пристап, активно вклучување на родителите, развојни проценки и соработка со предучилишните установи. Општиот заклучок е дека постигнувањето на еднаков и одржлив пристап бара зголемени капацитети, стандардизирани процедури, пошироко вклучување на родителите во планирањето и децентрализација на услугите. Таквиот интегриран пристап би ја направил раната детска градинка поинклузивна, поефикасна и усогласена со реалните потреби на децата и семејствата.

4.4.2 Ниво на вклученост на родителите во скринингот

Оваа табела го покажува нивото на учество на родителите за време на скринингот. Фактот дека мнозинството родители (69 %) изјавиле дека одговарале на прашања во текот на целиот скрининг укажува дека биле вклучени и комуницирале со експертите. Ова е важен дел што помага, бидејќи темелните евалуации и терапии се можни кога родителите се активно вклучени.

Сепак, вклученоста на некои родители беше помала; 24 % само го набљудуваа процесот без да преземат никаква акција, а 7 % не беа инволвирани. Ова може да се должи на неподготвеноста на родителите да учествуваат, недостаток на знаење или проблеми со комуникацијата. Решенијата фокусирани на семејствата имаат помали шанси за успех, а услугите се помалку успешни генерално поради недостаток на посветеност на луѓето. Постапката за скрининг треба да биде дизајнирана на начин што родителите лесно ќе можат да учествуваат во која било фаза.

Табела 27 Учество на родителите во скринингот за развој на детето

Дали?	N (број на единици)	%
Сте дале одговори за скринингот	46	69
Сте го набљудувале но не сте учествувале во скринингот	16	24
Не сте учествувале и не сте го набљудувале скринингот	5	7

Статистиката покажува дека значителен дел од родителите (41,1 %) учествувале во процесот на скрининг. Ова укажува дека ангажирањето со родителите е суштинска компонента на интервенцијата во раното детство што придонесува за успех. Ова ниво на вклученост обезбедува посеопфатни информации, го олеснува прилагодувањето на стратегиите за интервенција и ги подобрува развојните резултати на децата. Овие наоди се во согласност со она што го кажаа експертите (Б5, Б10), кои велат дека родителите кои ја препознаваат болеста на своето дете и се активно вклучени во неговата грижа ја прават терапијата поуспешна и подолготрајна. Сепак, многу родители (14,3 %) само гледале, а 4,5 % не учествувале или не го виделе процесот на скрининг. Луѓето не учествуваат толку многу затоа што не знаат доволно, не се сигурни или не знаат што да мислат. Фокус групите со специјалисти, исто така, го покажаа ова. Тие тврдеа дека родителите не ги следеле доволно персонализираните програми и дека поминувале премногу време на дијагноза. Овој тип на менталитет ги прави терапиите помалку ефикасни и спречува функционирање на стратегијата навистина фокусирана на семејството. Оваа разлика е уште полоша од фактот што не постојат национални норми или дефинирани методи. Ова значи дека нивото на вклученост на родителите зависи од начинот на кој организациите ги прават работите или колку напорно работи секој родител.

Пирсоновиот Хи-квадрат тест даде резултат од 28.000 со 11 степени на слобода, што укажува на статистичка значајност со p -вредност од 0,003. Ова открива дека професионалците кои веруваат дека имаат проблеми со услугите за РИД се силно поврзани со нивните совети за да ги направат овие услуги достапни во рурални или оддалечени области. Со други зборови, професионалците кои имаат повеќе структурни, логистички или проблеми поврзани со услугите имаат многу поголема веројатност да сакаат дополнително покривање на услугите на места каде што немаат доволно обезбедени услуги. Студијата за

податоци покажува дека повеќето семејства добиваат помош во рок од три месеци, што е добро за нивниот раст. Но, многу семејства мора да чекаат шест месеци, една година или дури и подолго. Родителите се лути и фрустрирани од овие доцнења. Тие се случуваат затоа што нема доволно наставници, училиштата не се доволно големи и училиштата не соработуваат добро. Од друга страна, тесната соработка меѓу родителите и експертите и вклучувањето на предучилишните установи се сметаа за корисни квалитети што доведоа до подобрени резултати. Исто така, постои значителна разлика во тоа колку родителите се вклучени во процесот на скрининг. Некои родители критикуваат и се вклучуваат, додека други само набљудуваат или воопшто не прават ништо. Луѓето вообичаено не се грижат бидејќи не се инфирмирани доволно или не знаат што е нивната работа. Триангуларната статистика сугерира дека главните тешкотии се долгото време на чекање, непрецизните информации и несовпаѓањата помеѓу метрополитенските и руралните локации. Главните одговори вклучуваат побрз пристап, заедничка работа на родителите и професионалците и одење на деца во предучилишна возраст. За да се осигураме дека услугите за РИД се пофер и поуспешни, треба да го намалиме времето на чекање, да го зголемиме бројот на објекти, да ги направиме процесите поконзистентни и да им олесниме на родителите да бидат активни учесници. Доколку професионалците и родителите работат повеќе заедно, тие можеби ќе можат да воспостават пообединет систем фокусиран на семејството.

Х3а - Учесството на семејството во донесувањето одлуки на Индивидуален семеен план на услуги (ИСПУ) не е поврзано со видот на професионално вклучување и структурата на тимот.

За да се тестира Х3а, беше спроведена серија на Хи-квадрат анализи за да се испита поврзаноста помеѓу учеството на родителите во процесите поврзани со Персонализиран семеен план за услуги (ПСПУ) и различните структурни димензии на испораката на услуги, вклучувајќи ја структурата на професионалниот тим, локацијата за испорака на услуги и пријавените професионални предизвици. Анализите беа засновани на валидни случаи од 108 до 112 испитаници, во зависност од недостасувачките обрасци на податоци. Целта беше да се утврди дали структурните и организациските карактеристики на услугите за РИД се поврзани со нивоата на учество на семејството.

Табела 28 Резиме на обработка на случаи за вкрстена табеларна анализа

Резиме на обработка на случајот

	Случаи					
	Валидни		Недостасуваат		Вкупно	
	N (број на единици)	Процент и	N (број на единици)	Процент и	N (број на единици)	Процент и
Ве молиме напишете го вашиот град или село? *	112	100.0 %	0	0.0 %	112	100.0 %
Структура на професионален тим						
Ве молиме напишете го вашиот град или село? *	111	99.1 %	1	0.9 %	112	100.0 %
Локација за испорака на услуги						
Ве молиме напишете го вашиот град или село? *	108	96.4 %	4	3.6 %	112	100.0 %
Професионални предизвици						

Учество во Индивидуализираниот Семеен план на услуги × Структура на професионален тим - Првиот Хи-квадрат тест ја испита поврзаноста помеѓу учеството на родителскиот ИСПУ и структурата на професионалниот тим (N = 112). Пирсоновата Хи-квадрат вредност беше $\chi^2(1050) = 1205,497$, $p = .001$, што укажува на статистичка значајност на конвенционално ниво. Сепак, овој резултат мора да се толкува претпазливо бидејќи 99,9 % од ќелиите имаа очекувани броеви под 5, што укажува на сериозно кршење на претпоставките за Хи-квадрат поради оскудни податоци и прекумерна фрагментација на категориите.

Табела 29 Тестови на Хи-квадрат за поврзаност помеѓу структурата на општинскиот и професионалниот тим

Тестови со хи-квадрат

	Вредност	Df (степен на слобода)	Асимптотска значајност (двострана)
Пирсоновиот Хи-квадрат	1205.497 ^a	1050	.001
Однос на веројатност	345.449	1050	1.000
Линеарна-линеарна асоцијација	.436	1	.509
Број на валидни случаи	112		

a. 1115 ќелии (99,9 %) имаат очекуван број помал од 5. Минималниот очекуван број е 0,01.

Симетричните мерења покажуваат многу слаби и незначителни асоцијации (Пирсоновиот $R = -.063$, $p = .511$; Спирманово $\rho = -.022$, $p = .819$). Овие коефициенти укажуваат на занемарлива практична врска помеѓу структурата на професионалниот тим и учеството во ИСПУ. Затоа, и покрај статистички значајната вредност на Хи-квадрат, големината на ефектот е минимална и не е суштински значајна.

Табела 30 Симетрични мерки за поврзаноста помеѓу структурата на општинскиот и професионалниот тим

Симетрични мерки

		Вреднос т	Асимптотски стандардни грешки	Приближна T^b	Приближна значајност
Интервал по интервал	Пирсоновиот R	-.063	.088	-.659	.511 ^c
Реден по реден	Спирмановото P	-.022	.093	-.230	.819 ^c
Бр. на валидни случаи		112			

а. Непретпоставување на нултата хипотеза.

б. Користење на асимптотската стандардна грешка претпоставувајќи ја нултата хипотеза.

в. Врз основа на нормална апроксимација.

Учество во ИСПУ $\times$ Локација на испорака на услуги - Втората анализа на хи-квадрат ја испита врската помеѓу учеството во ИСПУ и локацијата на испорака на услуги ($N = 111$). Статистиката на хи-квадрат на Пирсон беше $\chi^2(280) = 347,737$, $p = .004$, што укажува на статистичка значајност. Сепак, слично на претходниот тест, 98,8 % од ќелиите имаа очекуван број под 5, повторно кршејќи ги претпоставките на тестот на хи-квадрат.

Табела 31 Тестови на хи-квадрат за поврзаноста помеѓу општината и локацијата за испорака на услуги

Тестови со хи-квадрат

	Вредност	Df (степени на слобода)	Асимптотска значајност (двострана)
Пирсон хи-квадрат	347.737 ^a	280	.004
Однос на веројатност	86.117	280	1.000
Линеарна-линеарна асоцијација	.479	1	.489
Број на валидни случаи	111		

а. 320 ќелии (98,8 %) имаат очекуван број помал од 5. Минималниот очекуван број е 0,01.

Симетричните мерки дополнително укажуваат на слаба и незначителна поврзаност (Пирсоновиот $R = -.066$, $p = .491$; Спирманово $\rho = -.075$, $p = .435$). Ова сугерира дека статистички значајната вредност на хи-квадрат веројатно е предизвикана од сложеноста на табелата, а не од значајна врска меѓу варијаблите. Според тоа, нема сигурни докази дека учеството на семејството систематски се разликува во зависност од условите за испорака на услуги.

Табела 32 Симетрични мерки за поврзаноста помеѓу општината и локацијата за испорака на услуги

Симетрични мерки

		Вреднос т	Асимптотски стандардни грешки	Приближна T ^b	Приближна значајност
Интервал по интервал	Пирсоновиот Р	-.066	.096	-.691	.491 ^c
Реден по реден	Спирмановото П	-.075	.099	-.783	.435 ^c
Бр. на валидни случаи		111			

а. Непретпоставување на нултата хипотеза.

б. Користење на асимптотската стандардна грешка претпоставувајќи ја нултата хипотеза.

в. Врз основа на нормална апроксимација.

Учество во ИСПУ × Професионални предизвици - Третата анализа ја испита поврзаноста помеѓу учеството во ИСПУ и пријавените професионални предизвици (N = 108). Пирсоновата хи-квадрат вредност беше $\chi^2(1015) = 1127,472$, $p = 0,008$, што се чини статистички значајно. Сепак, уште еднаш, 99,9 % од клетките имаа очекуван број под 5, што укажува на значителна реткост во табелата на контингенција.

Табела 33 Хи-квадрат тестови за поврзаност помеѓу општинските и професионалните предизвици

Тестови со хи-квадрат

	Вредност	Df (степени на слобода)	Асимптотска значајност (двострана)
Пирсоновиот хи-квадрат	1127.472 ^a	1015	.008
Однос на веројатност	318.808	1015	1.000

Линеарна-линеарна асоцијација .331 1 .565

Бр. на валидни случаи 108

а. 1079 клетки (99,9 %) имаат очекуван број помал од 5. Минималниот очекуван број е 0,01.

Симетричните мерења откриваат слаби и незначителни асоцијации (Пирсоновиот $P = .056$, $p = .568$; Спирманово $P = .070$, $p = .474$), покажувајќи дека практичната врска помеѓу професионалните предизвици и учеството на семејството е минимална.

Табела 34 Симетрични мерки за поврзаноста помеѓу општинските и професионалните предизвици

Симетрични мерки

		Вреднос т	Асимптотски стандардни грешки	Приближна T^b	Приближна значајност
Интервал по интервал	Пирсоновиот P	.056	.092	.573	.568 ^c
Реден по реден	Спирмановото P	.070	.096	.718	.474 ^c
Бр. на валидни случаи					

а. Непретпоставување на нултата хипотеза.

б. Користење на асимптотската стандардна грешка претпоставувајќи ја нултата хипотеза.

в. Врз основа на нормална апроксимација.

Иако некои анализи на хи-квадрат дадоа статистички значајни P -вредности, големините на ефектите беа постојано многу мали и статистички незначителни, што укажува на занемарлива практична поврзаност. Покрај тоа, валидноста на резултатите од хи-квадрат е ограничена од значителни прекршувања на претпоставките за тестот, бидејќи огромното мнозинство ќелии имаа очекувани броеви под 5, што одразува оскудни и многу

фрагментирани податоци. Земени заедно, овие наоди не даваат сигурни или суштински статистички докази за поврзаност помеѓу учеството на семејството во донесувањето одлуки за ИСПУ и структурата на професионалниот тим, локацијата за испорака на услуги или пријавените професионални предизвици.

Квалитативни резултати

Истражувачкото прашање 6.3 испитува кои бариери и фасилитатори ги наведуваат и професионалците и родителите во пристапот и користењето на услугите за рана интервенција во детството центрирана кон семејството и како овие фактори влијаат врз резултатите од услугите. Квантитативните наоди во овој дел ги истакнуваат структурните ограничувања како што се времето на чекање, нееднаквото учество на родителите во скринингот и ограничениот институционален капацитет. Во исто време, квалитативните докази од фокус групите даваат увид во тоа како овие фактори влијаат врз соработката, мотивацијата и развојниот напредок. Заедно, податоците откриваат дека резултатите од услугите се обликувани не само од терапевтскиот квалитет, туку и од навременоста на пристапот, јасноста на информациите, родителското овластување и институционалната координација.

Илустративни цитати поврзани со бариерите и фасилитаторите:

Времето на чекање и одложениот пристап како системски бариери

- „Кога го оставаат да чека 1-2 години, тоа не е рана интервенција.“ (Б20)
- „Родителите се збунети... не знаеме каде да одиме.“ (резиме на фокус групата)

Навремениот пристап како фасилитатор за подобри резултати

- „Кога почнавме порано, видовме брз напредок.“ (резиме на дискусијата на родителите)

Вклученост на родителите во скринингот како фасилитатор

- „Кога родителот ќе се согласи да соработува... интервенцијата станува полесна.“ (Б5)

Ограничено учество на родителите како пречка

- „Некои родители само забележуваат... тие не го продолжуваат планот дома.“ (резиме на професионалната дискусија)

Финансиски и ограничувања во вработувањето

- „Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (B11)

Урбано-рурални нееднаквости

- „Услугите треба да се прошират во руралните средини.“ (резиме на професионалната препорака)

Соработка со предучилишните установи како фасилитатор

- „Соработката во градинката му помага на детето да се развива побрзо.“ (резиме на професионалната дискусија)

Табела 35 Клучни пречки и олеснувачи што влијаат на пристапот и резултатите во услугите за РИД фокусирани на семејството (Теми - Цитати)

Теми	Цитати
Долгот време на чекање ја одложува интервенцијата и ја намалува ефикасноста	„Кога го оставаат да чека 1-2 години, тоа не е рана интервенција.“ (B20)
Навремениот пристап го подобрува развојниот напредок	„Кога почнавме порано, видовме брз напредок.“ (резиме на родител)
Активното вклучување на родителите го зајакнува влијанието на интервенцијата	„Кога родителот се согласува да соработува... интервенцијата станува полесна.“ (B5)
Ограниченото учество во скринингот го ослабува пристапот центриран кон семејството	„Некои родители само забележуваат... не го продолжуваат планот дома.“ (професионално резиме)
Финансискиот товар го ограничува континуитетот и ангажманот	„Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (B11)
Географските нееднаквости влијаат на пристапот	„Услугите треба да се прошират во руралните средини.“ (професионален резиме)
Слабите информациски системи ја зголемуваат неизвесноста	„Родителите се збунети... не знаеме каде да одиме.“ (резиме на фокус група)
Соработката во предучилишните установи поддржува подобри резултати	„Соработката во градинка му помага на детето да се развива побрзо.“ (професионално резиме)

Квантитативните податоци покажуваат дека повеќето семејства пристапиле до услуги во рок од три месеци, што претставува важен фактор за позитивни развојни исходи. Сепак, значителен дел чекал од шест месеци до повеќе од една година, откривајќи структурни празнини во капацитетот. Долгите листи на чекање постојано се поврзувале во дискусиите на фокус групите со стрес, губење на мотивација и пропуштени развојни можности. Затоа, навременото вклучување во услугите е директно поврзано со подобрени исходи и поголемо ангажирање на родителите. Слично на тоа, вклучувањето на родителите во процесите на скрининг игра одлучувачка улога. Семејствата кои активно реагирале за време на скринингот биле во подобра позиција да ги разберат потребите на своето дете и да соработуваат во планирањето на интервенцијата. Спротивно на тоа, родителите кои само набљудувале или не учествувале биле помалку овластени, ограничувајќи ја ефикасноста на практиката центрирана кон семејството. Резултатот од Пирсоновиот хи-квадрат ($\chi^2 = 28.000$, $p = .003$) дополнително сугерира дека професионалците кои перцепираат системски предизвици имаат значително поголема веројатност да се залагаат за проширување на услугите во руралните средини, зајакнувајќи ја структурната природа на бариерите за пристап.

Хи-квадрат анализите кои го тестираат ХЗа истражувале дали учеството на семејствата во донесувањето одлуки за ИСПУ е поврзано со структурата на професионалниот тим, локацијата за испорака на услуги или пријавените професионални предизвици. Иако некои тестови на Хи-квадрат дадоа статистички значајни П-вредности, овие резултати беа силно под влијание на ретки и фрагментирани табели на контингенција, со речиси сите очекувани броеви на клетки под 5. Симетричните мерки (Пирсоновиот Р и Спирманово П) постојано покажуваа занемарливи и незначителни асоцијации. Земени заедно, резултатите укажуваат дека учеството на семејството во процесите на ИСПУ не е систематски определено од структурни карактеристики како што се составот на тимот или поставувањето на услугите. Наместо тоа, учеството се чини дека е посилно под влијание на релативни, комуникациски и мотивациски фактори, отколку само од формални организациски структури. Затоа, **ХЗа е поддржан во смисла дека не е идентификувана значајна или практично значајна поврзаност.**

Триангуларните наоди идентификуваат четири основни бариери: долго време на чекање, финансиски товар, географски нееднакости и недостаток на јасни информации и

стандардизирани процедури. Овие бариери ја намалуваат ефикасноста на услугите со одложување на интервенцијата, ослабување на родителската доверба и ограничување на доследното учество. Во исто време, клучните фасилитатори вклучуваат навремен пристап, активно вклучување на родителите во скринингот и планирањето, соработка со предучилишните установи и структурирана комуникација помеѓу професионалците и семејствата.

Севкупно, влијанието врз резултатите од услугите зависи од рамнотежата помеѓу овие спротивставени сили. Кога пристапот е навремен, родителите се овластени, а институционалната соработка е силна, децата покажуваат видлив развоен напредок. Кога доминираат одложувања, фрагментација и економски оптоварувања, практиката ориентирана кон семејството станува недоследна, а резултатите се помалку одржливи. Затоа, зајакнувањето на раната институционална грижа бара намалување на времето на чекање, проширување на руралната покриеност, стандардизирање на процедурите, овластување на родителите преку структурирано образование и зајакнување на меѓуинституционалната координација за да се обезбедат правични и трајни развојни придобивки.

4.5 Влијание на фреквенцијата, времетраењето и видовите посети на услугите врз квалитетот на услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството

Типично, програмите за рана интервенција во детството се состануваат два или три пати неделно, по еден час. Ова е добра комбинација помеѓу конзистентност и леснотија на користење. Фокусот на растот и развојот на детето според оваа парадигма е корисен, но повеќето услуги сè уште се обезбедуваат во институционални услови, со мала ангажираност од родителите. Особено за семејствата што живеат во оддалечени области, фокус групите ги идентификуваа транспортот, економијата, стигмата и недостатокот на прилагодена помош како пречки. Ако сакаме резултати што се фер и навистина семејно центрирани, ни треба поширок спектар на опции базирани на домот и заедницата, поголем родителски надзор и поголема флексибилност, дури и ако децата се подобри со структурирани, редовни сесии.

4.5.1 Обезбедување услуги за деца

- Податоците покажуваат дека најголем дел од испитаниците навеле дека услугите за децата се обезбедуваат три пати секоја недела - 33 испитаници, односно 41.25 % од вкупно 80 одговори.
- Речиси исто толку испитаници навеле дека услугите се обезбедуваат двапати неделно — 32 испитаници, односно 40.00 %.
- Ова значи дека најголемиот дел од децата, односно 65 од 80 испитаници (81.25 %), добиваат услуги најмалку двапати неделно.
- Помал дел од испитаниците навеле дека услугите се обезбедуваат еднаш месечно — 12 испитаници (15.00 %).
- Најмалку застапена категорија е двапати месечно, која ја навеле 3 испитаници (3.75 %).
- Според тоа, податоците укажуваат дека кај најголемиот дел од испитаниците услугите се обезбедуваат со релативно висока зачестеност, односно два или три пати неделно.
- Сепак, постои и помала група деца кај кои услугите се обезбедуваат поретко, еднаш или двапати месечно, што опфаќа вкупно 15 испитаници (18.75 %).

Овие податоци покажуваат дека постои значителна врска помеѓу тоа колку често се користат услугите и колку луѓето мислат дека се добри резултатите. Семејствата имаат поголема веројатност да останат вклучени и да користат терапевтски техники во секојдневниот живот кога им се обезбедуваат поредовни сесии. Ова му помага на детето да се развива и му дава на семејството поголема контрола. Графиконот, исто така, покажува дека мал број семејства имале мала интеракција, што може да им наштети и на развојните исходи и на вклученоста на семејството. Значи, осигурувањето дека секој има еднаков пристап до редовни и добро планирани посети и охрабрувањето на родителите да бидат вклучени е многу важно за добивање добри и долготрајни резултати од РИД.

Табела 36 Фреквенција на обезбедување услуги за деца во рана интервенција во детството

Вообичаено обезбедување услуги за децата	N (број на единици)	%
Двапати месечно	3	3,75
Еднаш месечно	12	15

Двапати неделно	32	40
Три пати секоја недела	33	41,25

Резултатите покажуваат дека повеќе од 80 % од децата во програмите за рана интервенција во детството добиваат голема поддршка, што значи дека тие гледаат некого два или три пати неделно. Оваа постојаност помага во развојот во согласност со најдобрите стандарди низ целиот свет, што ја истакнува терапијата центрирана кон семејството, која е доста интензивна. Но, постојат загрижености за достапноста и праведноста, бидејќи само мал број деца добиваат грижа најмногу еднаш неделно. Нивото на вклученост на семејството е од суштинско значење за одржување на подобрувањето надвор од професионалните третмани, а овие нееднаквости можат да ги загрозат и развојните резултати и таа вклученост. Како заклучок, резултатите покажуваат колку е важно редовно да се обезбедуваат услуги за да им се помогне на семејствата да добијат моќ и да им се помогне на децата да растат на позитивен начин. Но, сè уште постојат реални и структурни проблеми што ги спречуваат сите да имаат исто ниво на пристап. Некои од нив вклучуваат неконзистентна покриеност низ регионите, доцни упатувања, проблеми со парите и родители кои не знаат доволно за проблемот. Ако овие празнини не се пополнат, семејствата што моментално заостануваат ќе останат такви. Дополнително, различни семејства ќе имаат корист од програмите за РИД на различни начини. Подолу се дадени цитати од фокус групите:

„Потребно е да се олесни пристапот до услугите преку мобилни и домашни програми, како и преку сателитски центри, особено во рурални и социоекономски загрозени средини.“ - родител

„Семејствата кои се соочуваат со потешкотии со транспорт треба да добијат соодветни алатки и поддршка за полесен пристап до услугите.“ - родител

„Потребно е да се организираат обуки и тренинзи за родители, со цел тие подобро да ја разберат важноста на развојните активности и раната стимулација.“ - професионалец

„Родителите треба активно да учествуваат во домашните посети, менторството и интервенциските активности, за да се чувствуваат како рамноправни членови на тимот.“ - професионалец

„Потребно е да се ангажираат дополнителни логопеди, психолози и работни терапевти, со цел да се обезбеди конзистентност и висок квалитет на интервенциите.“ - родител

„Потребно е да се унапреди меѓусебната координација на професионалците од областа на раната интервенција и професионалците од другите релевантни области.“ - професионалец

„Потребно е да се воспостават конзистентни методи за следење на развојот на децата и за оценување на ефективностa на услугите за различни групи.“ - професионалец

„Потребно е да се воспостават програми за поддршка на семејствата со понизок приход.“ - родител

„Потребно е да се јакне јавната свест за значењето на раната интервенција, со цел да се намали стигмата.“ - родител

Најдобриот и најпопуларниот начин да се направи ова е да се обезбедат услуги два до три пати неделно, и тоа на редовна основа. Мешавината од квантитативни податоци и повратни информации од фокус групи го поткрепува ова. Оваа редовност им олеснува на родителите да се вклучат во процесот и им нуди одредено време да му помогнат на своето дете да се развие. Но, последиците може да бидат различни бидејќи одредени локации немаат иста покриеност, а други домаќинства не можат да ги уживаат истите бенефиции бидејќи немаат доволно пари. Ова е особено точно во региони кои не се градови.

4.5.2 Времетраење на службените посети

Сесиите за РИД често траат еден час или повеќе, според табелата за времетраење на посетите на услуги. Сесиите што траат 30 минути или помалку сочинуваат 11 % од сесиите, додека сесиите што траат пет часа или повеќе сочинуваат 4 %. Според податоците, повеќето луѓе сметаат дека сесијата од еден час е идеална помеѓу интензитетот и практичноста. Реално време за семејствата и давателите на услуги, еден час е она што е потребно за спроведување ефикасни интервентни активности, поддршка на детето и вклучување на родителите.

Според овој тренд, времетраењето на посетите се чини дека има јасна корелација со квалитетот и одржливоста на услугите за РИД центрирани кон семејството. Едночасовните посети се вообичаени бидејќи обезбедуваат регуларност и структура, што е одлично за

родителите бидејќи им овозможува да гледаат и да учествуваат без да се чувствуваат преоптоварени. Сесиите што се предолги може да бидат тешки за управување со семејствата или премногу кратки за да поттикнат значајно вклучување. Оттука, истражувањето ја истакнува важноста и на фреквенцијата и на идеалното времетраење на посетите, што често е еден час, за промовирање на силно учество на семејството и генерирање одлични развојни резултати.

Табела 37 Времетраење на посетите во услугите за рана интервенција во детството

Времетраење на посетите	N (број на единици)	%
30 мин	8	11
1 час	62	85
5 часа или повеќе	3	4

Овој основен распоред од еден час им нуди на семејствата и професионалците доволно време за фокусирани развојни активности и им дава можност на родителите да бидат вклучени. Тоа е систем кој го става прагматизмот пред ентузијазмот и не става премногу стрес врз семејствата или професионалците. Истражувањата на фокус групите покажуваат дека овој вид униформност не секогаш ги задоволува потребите на семејствата. Професионалците тврдат дека семејствата што живеат во рурални места би можеле да бидат подобри со пократки или пофлексибилни сесии бидејќи имаат проблеми со управувањето со парите и патувањето. Но, на децата со сериозни развојни проблеми може да им требаат сесии што траат повеќе од еден час. Родителите беа исто така исклучително воодушевени од домашната терапија бидејќи можеа да го променат времетраењето на закажаните состаноци за подобро да се вклопат во дневниот распоред на нивното семејство. Овие идеи укажуваат дека услугите би можеле да бидат поприлагодливи, поинклузивни и поусогласени со принципите на семејно насочена поддршка доколку се овозможат повеќе опции за услуги во домот и во заедницата, како и поголема флексибилност во траењето на сесиите, надвор од едночасовниот модел кој обезбедува конзистентност и структурираност. Едночасовните средби треба да останат стандард, бидејќи се корисни и за семејствата и за професионалците. Подолу се дадени цитати:

- „Да се обезбеди поголема флексибилност, така што семејствата со пониски приходи ќе можат да имаат пократки сесии, а децата со посложени потреби ќе добиваат подолги сесии и поддршка од повеќе стручни лица.“ - родител
- „Да се продолжи времетраењето на услугите во домот за да се овозможи поголема вклученост на родителите, како и да се прилагоди траењето на сесиите на дневната рутина на семејството.“ - родител
- „За да се обезбеди еднаков пристап до услуги, треба или да се обезбедат финансиски средства за транспорт за семејствата во оддалечените средини, или да се испраќаат мобилни тимови кои ќе им помогнат да ги добијат потребните услуги.“ - професионалец

Триангулацијата покажува дека едночасовната услуга е најдобрата комбинација од интензитет, корисност и учество на родителите. Фокус групите покажаа дека ова времетраење е обично доста добро. Но, семејствата кои имаат финансиски проблеми или проблеми со движењето немаат доволно опции за да изберат пократки курсеви. Децата со големи потреби честопати имаат потреба од третман кој трае подолго и опфаќа повеќе од една област.

4.5.3 Начини на испорака на услуги

Во однос на начинот на испорака на услугите, податоците од анкетите го покажуваат следното:

- Најчесто наведениот вид услуга е работа само со детето, без присуство на родителот - 50 испитаници (38.2 %).
- 22 испитаници (16.8 %) изјавиле дека услугата се обезбедува со едно дете, додека родителот набљудува.
- 17 испитаници (13.0 %) изјавиле дека услугата се обезбедува со детето и родителот заедно, так што професионалецот го тренира и менторира родителот во текот на целата посета.
- 6 испитаници (4.6 %) изјавиле дека услугата се обезбедува со две или повеќе деца, додека родителите набљудуваат.

- Најретко наведен вид услуга е работа со две или повеќе деца заедно, без присуство на родителот – 2 испитаници (1.5 %).
- Податоците покажуваат дека најзастапени се услугите во кои фокусот е главно на директна работа со детето, додека формите во кои родителот е активно вклучен преку тренинг и менторирање се застапени во помал обем.

Табела 38 Видови на испорака на услуги во рана интервенција во детството

Видови услуги	N (број на единици)	%
Само дете, родителот не е присутен	50	38,2
Две или повеќе деца заедно, родителот не е присутен	2	1,5
Едно дете, а родителот набљудува	22	16,8
Две или повеќе деца, а родителите набљудуваат	6	4,6
Детето и родителот заедно, а вие го тренирате и менторирате родителот во текот на целата посета	17	13

Овие податоци укажуваат дека иако се доминантни сесиите фокусирани на децата, можностите за пристапи центрирани кон семејството и партиципативни пристапи сè уште се занемаруваат. Вклученоста на родителите е значаен фактор што влијае на поволните резултати во интервенцијата во раното детство, па оттука, ограничената распространетост на методологиите за вклучување на родителите може да го ограничи капацитетот на семејствата да стекнат вештини и методи што го олеснуваат развојот дома. Проширувањето на моделите на услуги што активно ги вклучуваат родителите - без разлика дали преку набљудување, учество или обука - веројатно би го зголемило јакнењето на семејството, би го подобрило континуитетот на третманите и би ги подобрило долгорочните развојни ефекти. Овој тренд покажува дека сесиите што се фокусираат на детето се многу почести од сесиите што се фокусираат на семејството, кои се користат поретко. Иако индивидуализираните сесии обезбедуваат специфична развојна помош, недоволниот акцент на родителското ангажирање означува пропуштена шанса за подобрување на резултатите. Фокус групите покажаа дека многу родители не се доволно информирани за методите на рана стимулација и премногу се потпираат на специјалисти. Ова значи дека

треба да им обезбедиме на родителите повеќе шанси да се вклучат во процесот. Професионалците исто така рекоа дека тренирањето или техниките за дома им помагаат на родителите да продолжат со своите терапии во секојдневниот живот. Од друга страна, родителите изјавија дека сакаат поголема помош и вклученост во процесот. Издвоени цитати од фокус групите се дадени подолу:

- *„Да се даде поголема контрола на семејствата и да се поттикне нивното продолжено користење на интервенцијата дома преку стратегии кои ги вклучуваат родителите, како што се набљудување, коучинг и заеднички сесии.“ - родител*
- *„Да се воведат дополнителни услуги кои се спроведуваат во домот, за родителите да научат како да ги користат во реалниот живот и во секојдневната грижа за детето.“ - родител*
- *„За да се намали стигмата, да се подобри разбирањето на развојните потреби и да се зголеми учеството, да се обезбедат дополнителни програми за едукација и поддршка на родителите.“ - професионалец*
- *„Да се зајакнат мултидисциплинарните тимови, така што интегрираните интервенциски методи како логопедија, психологија и работна терапија ќе можат да им помогнат и на родителите и на децата.“ - професионалец*

Триангулацијата покажува дека оваа техника ефикасно им помага директно на децата, но ги комплицира напорите на родителите да ги подобрат сопствените способности. И професионалците и родителите рекоа дека обуката и заедничките сесии не се користат доволно, иако се многу важни за давање авторитет на семејствата и задржување на предностите од интервенцијата дома.

4.5.4 Учество на родителите во активностите за РИД

Табелата подолу илустрира колку родители се вклучени во активностите за РИД и укажува на голема разлика помеѓу програмите што се спроведуваат дома и оние што се спроведуваат во центри.

- Кај домашните посети, 8 испитаници (7.1 %) изјавиле дека учествуваат во активности за РИД со своето дете во сите посети.

- 9 испитаници (8.0 %) изјавиле дека кај домашните посети учествуваат во некои посети.
- 4 испитаници (3.6 %) изјавиле дека кај домашните посети учествуваат во неколку или никакви посети.
- Кај посетите во центар, 36 испитаници (32.2 %) изјавиле дека учествуваат во активности за РИД со своето дете во сите посети.
- 64 испитаници (57.1 %) изјавиле дека кај посетите во центар учествуваат во некои посети.
- 12 испитаници (10.7 %) изјавиле дека кај посетите во центар учествуваат во неколку или никакви посети.

Податоците покажуваат дека учеството на родителите е почесто при посети во центар отколку при домашни посети, што веројатно се должи на тоа што домашните посети биле поретко застапени или се однесуваат на помал број испитаници. Овие резултати имплицираат дека контекстот на испорака на услуги значително влијае врз ангажираноста на родителите. Центрите може да обезбедат организирани услови, но честопати имаат проблеми како што се утврдени распореди или долги растојанија што им отежнуваат на многу родители редовно да ги посетуваат. Домашните посети, од друга страна, имаат тенденција да ги охрабруваат родителите да бидат повеќе вклучени и да останат вклучени со текот на времето. Ова веројатно е затоа што е полесно да се стигне до нив и се директно поврзани со секојдневниот живот на семејството. Ова покажува дека за да се добијат најдобри резултати за децата, родителите треба да бидат што е можно повеќе вклучени. За да се постигне ова, услугите треба да бидат флексибилни, а моделите треба да бидат дизајнирани така што ќе им дадат на родителите поголема моќ како активни учесници во процесот на интервенција.

Табела 39 Учество на родителите во активностите за рана интервенција во детството

Ваше учество	Во сите посети		Во некои посети		Во неколку или никакви посети	
Доколку се прават домашни посети, колку често учествувате во активности за рана интервенција во детството со вашето дете?	N (број на единици)	%	N	%	N	%
	8	7.1	9	8.0	4	3.6

Доколку посетите се во центар, колку често учествувате во активности за рана интервенција во детството со вашето дете?	N	%	N	%	N	%
	36	32.2	64	57.1	12	10.7

Наодите покажуваат дека ангажираноста на родителите е клучна за ефикасноста на интервенцијата во раното детство, но може да варира во зависност од различните методи на испорака. Фокус групите покажаа дека строгото закажување на центрите, проблемите со транспортот и родителите кои не знаат како функционира системот ја намалуваат веројатноста децата да бидат вклучени во институционални услови. Од друга страна, домашните посети природно го поттикнуваат ангажирањето бидејќи родителите се во свој простор и можат веднаш да ги применат идеите. Родителите беа многу заинтересирани да добијат поперсонализирана помош и емоционална поддршка. Експертите, од друга страна, сугерираа дека давањето контрола и водењето на родителите е важно за долгорочни подобрувања во развојот.

- *Да се обезбедат повеќе услуги кои семејствата можат да ги користат дома, каде што е поверојатно дека ќе ги применуваат редовно. - родител*
- *Да се користат структурираните модели за коучинг на родители, и во домот и во центрите, за да се помогне родителите да ги подберат своите вештини и да се чувствуваат посигурни во своите способности. - професионалец*
- *Да се понудат флексибилни термини, поддршка за транспорт и пријатни простории за родителите, со цел да им се олесни учеството во активностите. - професионалец*
- *Да се обезбедат групи за поддршка од родители-врсници и континуирана едукација, за да се намали чувството на срам и да се поттикне нивната долгорочна вклученост. - родител*

Фокус групите и податоците покажуваат дека родителите не се секогаш вклучени и тоа зависи од ситуацијата. Центрите обезбедуваат контролирани услови, но строгите распореди и проблемите со транспортот им отежнуваат на луѓето да се вклучат. Од друга

страна, посетите во домовите природно ги тераат родителите да сакаат да бидат повеќе вклучени. Триангулацијата покажува дека техниките центрирани кон семејството бараат и флексибилна средина и планирана обука за да се осигура дека родителите се повеќе од само набљудувачи.

4.5.5 Учество на децата

Бројката за вклученоста на децата покажува дека повеќето деца редовно и често одат на програми за рана интервенција во детството . Педесет проценти од децата одат три или повеќе пати неделно, а триесет и седум проценти одат двапати неделно. Од друга страна, пореткото присуство е прилично невообичаено. Само 10 % од децата добиваат услуги еднаш неделно, а 3 % ги добиваат толку ретко, на секои две недели.

Табела 40 Фреквенција на учество на децата во услугите за рана интервенција во детството

Фреквенцијата на учество на детето	N (број на единици)	%
Секои две недели	3	2.7
Еднаш секоја недела	11	9.8
Два пати секоја недела	42	37.5
Три или повеќе пати секоја недела	56	50

Овие резултати покажуваат дека поголемиот дел од децата имаат предности од честото ангажирање, што е клучно за подобрување на развојните способности и олеснување на континуираната врска меѓу родителите, децата и давателите на услуги. Честото ангажирање, исто така, ја зголемува веројатноста семејствата да останат активни и да можат да ги користат методите што ги учат во секојдневниот живот. Но, фактот дека само мал број деца одат поретко покажува дека може да има пречки, вклучувајќи логистички проблеми, конфликти во распоредот или несоодветен капацитет за услуги, што им го отежнува одењето на училиште. За да се осигури дека сите семејства можат да го достигнат нивото на вклученост потребно за најдобар развој на нивните деца и подобри резултати ориентирани кон семејството, би било од витално значење да се пополнат овие празнини.

Многу млади имаат одличен систем на вклучување кога често одат на училиште, но малата група што не оди толку често покажува дека сè уште има проблеми со еднаквиот пристап. Фокус групите покажаа дека некои семејства не можат да се погрижат нивните деца да одат на училиште секој ден бидејќи не можат да си го дозволат тоа, не можат лесно да стигнат таму или нема доволно услуги во оддалечените области. Стигмата и родителите кои не знаат доволно за тоа како децата растат и се развиваат, исто така, може да ги направат семејствата помалку склони да бараат поддршка често. Од клучно значење е да се пополнат овие празнини, така што сите ученици, без разлика каде живеат или колку пари имаат, можат да учествуваат на ниво што им е потребно за да добијат најдобри резултати. Подолу се дадени цитати од родителите и професионалците:

- *Да се воспостави висока фреквенција на вклученост како стандард, бидејќи честото учество е поврзано со поголем развој и напредок кај децата. - професионалец*
- *Да се обезбеди целна поддршка за семејствата со ограничени ресурси, на пример преку бесплатен превоз или испраќање мобилни тимови за рана интервенција во изолирани области. - професионалец*
- *Да се обезбедат дополнителни едукативни сесии за родителите со цел да се зголеми нивната информираност и мотивација, истакнувајќи ја значајноста на конзистентноста во користењето на услугите. - професионалец*
- *Да се олесни пристапот на семејствата со пониски приходи до државна поддршка и да се намалат нивните финансиски трошоци. - родител*

Силен систем на ангажираност е индициран со фактот дека 87 % од децата прават работи 2-3 пати неделно или повеќе. Сепак, триангулацијата покажува дека мал дел од младите не учествуваат често поради структурни разлики, вклучително и неможноста да си го дозволат тоа, неможноста да стигнат таму или немањето соодветни ресурси во оддалечени области. Ова нè тера да се запрашаме за праведноста: парадигмата функционира добро за многу поединци, но не и за групите во неповолна положба, кои можеби нема да напредуваат толку брзо колку што би можеле.

4.5.6 Поставки за испорака на услуги

Според табелата поврзана со локациите за испорака на услуги, 82,1 % од услугите за рана интервенција во детството се одвиваат во установи за РИД или болници. Само 13,4 % од овие услуги се одвиваат во установи за грижа за деца или инклузивни предучилишни установи. Услугите во домот (1,5 %) и центрите во заедницата или други места (3 %) исто така не се многу чести. Ова високо ниво на институционална концентрација покажува дека системот првенствено зависи од централизирана инфраструктура, наместо од различни флексибилни опции.

Од гледна точка на интервенција центрирана кон семејството, овој модел покажува и предности и недостатоци. Од една страна, специјализираните центри и болниците можат да обезбедат организирани услови, експертски ресурси и стандардизирани услуги што промовираат конзистентен квалитет. Од друга страна, нискиот процент на испорака во домот и заедницата значи дека семејствата кои имаат проблеми со закажувањето прегледи, имаат ограничено време или имаат други проблеми, можеби нема да можат да ја добијат потребната грижа. Истражувањата постојано покажуваат дека интегрирањето на услугите во рамките на природните средини (на пр. дом, заедница) промовира зголемена вклученост на родителите и пренос на вештини во секојдневните рутини. Следствено, проширувањето на услугите надвор од институционалните услови би можело значително да го подобри и учеството и долгорочните резултати кај децата.

Табела 41 Места каде што се обезбедуваат услуги за рана интервенција во детството

Места	N (број на единици)	%
Вашиот центар за услуги за РИД	55	82,1
Центар за грижа за деца или инклузивна предучилишна установа	9	13,4
Дом на детето	1	1,5
Центар на заедницата или друго место	2	3

Центрите и болниците обезбедуваат регулирани услови богати со ресурси кои можат да гарантираат континуиран квалитет, сепак, отсуството на услуги во домот и заедницата ја ограничува пристапноста и вклученоста на семејството. Фокус групите покажаа дека

семејствата, особено оние кои живеат во рурални или сиромашни региони, имале проблеми со редовното доаѓање до програмите во центрите поради работи како што се растојанието, превозот и трошоците. Родителите, исто така, покажаа голем интерес за домашни посети, што не само што ќе ги олесни работите, туку и ќе им даде повеќе можности да ги проучат тактиките на интервенција во сопствениот дом на детето. Подолу се дадени цитатите од фокус групите:

- *Да се понуди поширок спектар на модели за обезбедување услуги, со што ќе се додадат опции за услуги во домот и заедницата покрај центрите за поддршка. - родител*
- *Да се помогне на семејствата да стигнат до услугите преку обезбедување транспорт, мобилни тимови или мобилни единици во оддалечени области. - родител*
- *Да се поттикнуваат практики кои ги вклучуваат родителите, со обезбедување на услуги во природни средини каде семејствата полесно можат да учествуваат. - професионалец*
- *Да се зајакне државната поддршка и инфраструктура, со цел услугите да се распределуваат еднакво меѓу различните географски и социоекономски групи. - професионалец*

Триангулацијата покажува дека 82 % од услугите за рана интервенција се значително концентрирани во болници и центри, што им дава структура и ресурси, но им отежнува на домаќинствата во руралните области да дојдат до нив. Во суштина нема програми базирани на домот и заедницата, иако е докажано дека им помагаат на родителите да бидат повеќе вклучени и да научат нови вештини во секојдневниот живот. Фокус групите постојано ја нагласуваа потребата од поразновидни модели на услуги што ги интегрираат третманите во реалните животни околности на семејствата.

Пирсоновиот Хи-квадрат тест даде резултат од 199,778, придружен со 150 степени на слобода. Наодот беше статистички значајно, со р-вредност од 0,004. Ова покажува дека местото каде што живее детето има значително влијание врз неговата способност да добие услуги за рана интервенција во детството. Разликите во пристапот до услугите за децата што живеат во градовите и децата што живеат во село не се случајни и тие следат модел што веројатно е предизвикан од структурни и контекстуални варијабли во системот за рана

интервенција. Децата што живеат во градовите се чини дека добиваат поголема помош од услугите за рана интервенција од оние што живеат во руралните области. Ова може да се должи на тоа што има повеќе ресурси, специјализирани установи, квалификуван персонал и подобри мрежи за упатување во градовите. Од друга страна, децата што живеат во рурални или изолирани области може да се справат со повеќе од еден проблем, како што се ограничена покриеност на услугите, проблеми со транспортот и давателите на услуги што не се доволно свесни за нив или не им се обраќаат. Овие резултати покажуваат дека услугите треба да се распределуваат поправедно, особено преку модели базирани на заедницата што осигуруваат дека сите деца, без разлика каде живеат, можат брзо и соодветно да добијат помош за рана интервенција.

Фокус групите покажаа дека семејствата и професионалците ги почитуваат услугите за рана интервенција, но тие се соочуваат со многу проблеми што им го отежнуваат нивното добивање. Овие проблеми вклучуваат долго време на чекање за упатувања, недостаток на покриеност во оддалечените области, проблеми со транспортот и финансиските проблеми, стигма и родители кои не се доволно запознаени со програмите. Родителите рекоа дека навистина им е потребна помош дома, подобра комуникација и услуги што се пофлексибилни. Професионалците, од друга страна, ја нагласија потребата од родителско советување, мултидисциплинарни тимови и стандардизирано следење за да се направат работите подобри и пофер. Триангуларното истражување покажува дека иако редовните едночасовни сесии во центрите обезбедуваат редовност и развојни предности, преваленцата на формати само за деца и централизирани средини го попречува автентичниот начин на грижа центрирана кон семејството. Сè уште постојат нееднаквости во еднаквоста помеѓу градовите и руралните региони. Ова покажува дека ни се потребни пофлексибилни, разновидни и партиципативни модели на услуги што им даваат на родителите поголем авторитет и обезбедуваат сите деца да имаат еднаков пристап до ефикасна рана интервенција.

X4a - Нема статистички значајна разлика во возраста на запишување кај групите деца кои добиле скрининг за ран развој.

Во Блок 4 од хипотезата, врската помеѓу раниот скрининг и возраста при запишување во услугите за рана интервенција во детството беше испитана со употреба на дескриптивна

статистика и еднонасочна АНОВА. Променливата за скрининг/проценка беше анализирана во различни возрасни категории на запишување (1–6 месеци, 7–12 месеци, 13–24 месеци, 25–36 месеци и 37 месеци или постари) за да се утврди дали децата кои биле скринирани порано биле запишани на помлада возраст.

Табела 42 Описна статистика за скрининг и проценка по возрасна група при запишување

	N (број на единици)	Средна вредност	Стандардна девијација	Стандардна грешка	95% интервал на доверба за средна вредност			
					Долна граница	Горна граница	Минимум	Максимум
1-6 месеци	10	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
7-12 месеци	26	1.1346	.33340	.06538	1.0000	1.2693	1.00	2.00
13-24 месеци	31	1.1290	.31538	.05664	1.0134	1.2447	1.00	2.00
25-36 месеци	27	1.0926	.24167	.04651	.9970	1.1882	1.00	2.00
37 месеци или постаро	18	1.0278	.11785	.02778	.9692	1.0864	1.00	1.50
Вкупно	112	1.0938	.26450	.02499	1.0442	1.1433	1.00	2.00

Описната статистика покажува многу мали разлики во средните резултати од скринингот низ возрасните групи за запишување. Децата запишани на возраст од 1 до 6 месеци имале просек од 1,00, додека оние запишани на возраст од 37 месеци или постари имале просек од 1,03. Вкупниот просек бил 1,09 (SD = 0,26), што укажува на минимални варијации меѓу групите. Интервалите на доверба во голема мера се преклопуваат, што укажува дека нема значајни разлики помеѓу раните и подоцнежните групи за запишување.

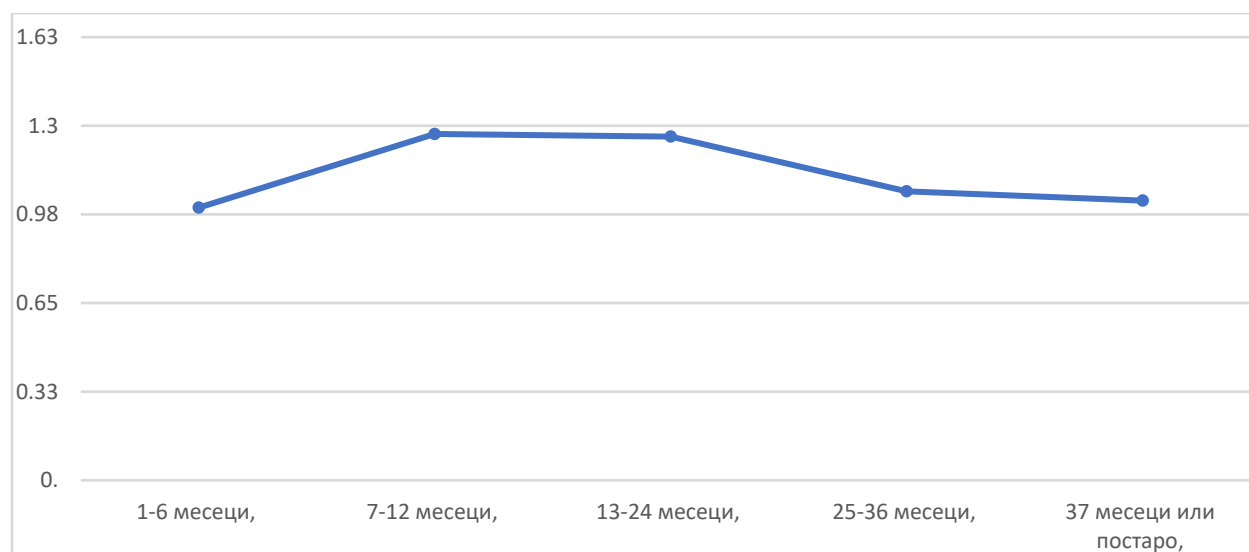
Табела 43 Еднонасочна АНОВА на скрининг и проценка според возраста при запишување

Скрининг/Проценка

	Збир на квадрати	Df (степен на слобода)	Средна вредност	F (статистика)	Sig. (вредност)
Меѓу групи	.248	4	.062	.883	.476

Во рамките на групите	7.517	107	.070
Вкупно	7.766	111	

Резултатите од АНОВА го потврдуваат овој модел. Тестот не беше статистички значаен, $F(4,107) = 0,883$, $P = 0,476$. Бидејќи $P > 0,05$, нема докази за статистички значајни разлики во статусот на скрининг низ возрастните категории на запишување. Затоа, оригиналната хипотеза дека децата кои добиваат ран скрининг се запишуваат на помлада возраст не е поддржана. Наместо тоа, **ревидираната хипотеза, врз основа на податоците, наведува дека нема значајна поврзаност помеѓу раниот скрининг и возраста на запишување.**



Слика 3 Просечни разлики во скринингот и проценката според возраста при запишување

Квалитативни резултати

Овој дел се осврнува на тоа како интензитетот на услугите и дизајнот на посетите го обликуваат квалитетот на раната интервенција во детството центрирана кон семејството и дали вклучувањето на семејството се смета за клучно за позитивни резултати. Квантитативните наоди опишуваат генерално висока фреквенција на сесии (повеќето деца добиваат услуги два до три пати неделно) и доминантен модел на посета од „едночасовен“. Сепак, квалитативните докази покажуваат дека квалитетот на услугите е ослабен кога сесиите остануваат центрирани кон институцијата и само за децата, бидејќи родителите

имаат помалку можности да учат, практикуваат и одржуваат стратегии дома. Во обете групи на засегнати страни, вклучувањето на семејството постојано се опишува како суштинско за долгорочни придобивки, но структурните бариери (транспорт, трошоци, стигма, ограничена испорака дома/заедница) го ограничуваат значајното учество за многу семејства.

Клучни цитати поврзани со интензитетот, квалитетот и вклученоста на семејството

Редовните сесии го поддржуваат напредокот, но бараат трансфер на родителите дома

- „Кога сесиите се поинтензивни, имаме најголем успех.“ (Б6)

Соработката во семејството ги зајакнува резултатите

- „Кога родителот се согласува да соработува... интервенцијата станува полесна.“ (Б5)

Структурните бариери го намалуваат правичното учество

- „Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (В11)

Одложувањата го ослабуваат значењето на „раната“ интервенција

- „Кога го оставаат да чека 1-2 години, тоа не е рана интервенција.“ (Б20)

Табела 44 Клучни теми и илустративни цитати за интензитетот на услугите, вклученоста на семејството и бариерите за пристап во РИД

Теми	Цитати
Повисокиот интензитет го поддржува напредокот на детето	„Кога сесиите се поинтензивни, имаме најголем успех.“ (Б6)
Соработката во семејството е клучна за резултатите	„Кога родителот се согласува да соработува... интервенцијата станува полесна.“ (Б5)
Економскиот товар го намалува учеството и континуитетот	„Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (В11)
Доцнењата го ослабуваат развојот и резултатите	„Кога го оставаат да чека 1-2 години, тоа не е рана интервенција.“ (Б20)

Збирот податоци покажува дека доминантниот модел е релативно интензивен: над 80 % од децата добиваат услуги два или три пати неделно, додека многу помалку добиваат

неделна или поретка поддршка. Овој модел е во согласност со принципот дека редовниот контакт ја зголемува веројатноста за градење вештини и развоен напредок. Семејствата кои посетуваат чести сесии имаат поголема веројатност да останат поврзани со давателите на услуги и да интегрираат стратегии во дневните рутини, што го зајакнува квалитетот центриран кон семејството. Во исто време, доказите од фокус групите покажуваат дека само фреквенцијата не е доволна. Кога сесиите остануваат концентрирани во институции и родителите се минимално вклучени, интензитетот може да ги подобри перформансите на детето за време на терапијата, но сепак не успева да изгради родителска компетентност. Во пракса, структурните ограничувања како што се растојанието, транспортот, стигмата и трошоците ја намалуваат конзистентноста за семејствата во оддалечени или нискоресурсни средини, што значи дека „моделот со висока фреквенција“ не е подеднакво достапен. Повеќето посети се групираат околу еден час, што сугерира дека ова времетраење се доживува како изводливо и избалансирано и за семејствата и за давателите на услуги. Едночасовните сесии се доволно долги за да се спроведат структурирани активности и сепак да им се овозможи на родителите да набљудуваат или да учествуваат без да бидат преоптоварени. Сесиите што се многу кратки може да не обезбедат значајно време за демонстрација и обука, додека многу долгите сесии може да станат непрактични, особено за семејствата што управуваат со работата, патувањето и одговорностите за неа. Квалитативните повратни информации ја поддржуваат идејата дека времетраењето на сесијата треба да остане флексибилно. Семејствата што се соочуваат со транспортни и финансиски бариери може да имаат корист од пократки, но достапни сесии, додека децата со сложени потреби може да бараат подолги или мултидисциплинарни блокови. Централното прашање не е само „колку долго“ трае сесијата, туку и дали времето вклучува обука за родители, водена пракса и јасни стратегии за дома. Најсилното ограничување на квалитетот центриран кон семејството се појавува кај типовите на посети. Најчестиот модел се сесии само за деца без присуство на родителот (над половина од случаите), додека пристапите што ги вклучуваат родителите - набљудување, заедничко учество и обука - се поретки. Оваа распределба сугерира дека услугите сè уште се во голема мера центрирани кон детето, а не кон семејството. И професионалците и родителите нагласуваат дека вклучувањето на семејството е клучно бидејќи овозможува пренос: вештините што се практикуваат во терапијата можат да продолжат во секојдневните рутини. Кога родителите

се исклучени, тие остануваат зависни од специјалисти и не можат да одржат напредок дома. Како резултат на тоа, резултатите може да изгледаат позитивно за време на професионалните сесии, но со текот на времето стануваат помалку стабилни. Вклученоста на родителите е поголема и поизбалансирана за време на домашните посети отколку за време на испораката во центри. Ова сугерира дека природните услови ја зголемуваат изводливоста и мотивацијата: родителите се веќе присутни, стратегиите можат да се демонстрираат во реални рутини, а бариерите како што е времето на патување се намалени. Во центрите, многу родители присуствуваат само на некои посети, што е во согласност со пријавените ограничувања на ригидно закажување и предизвици со транспортот.

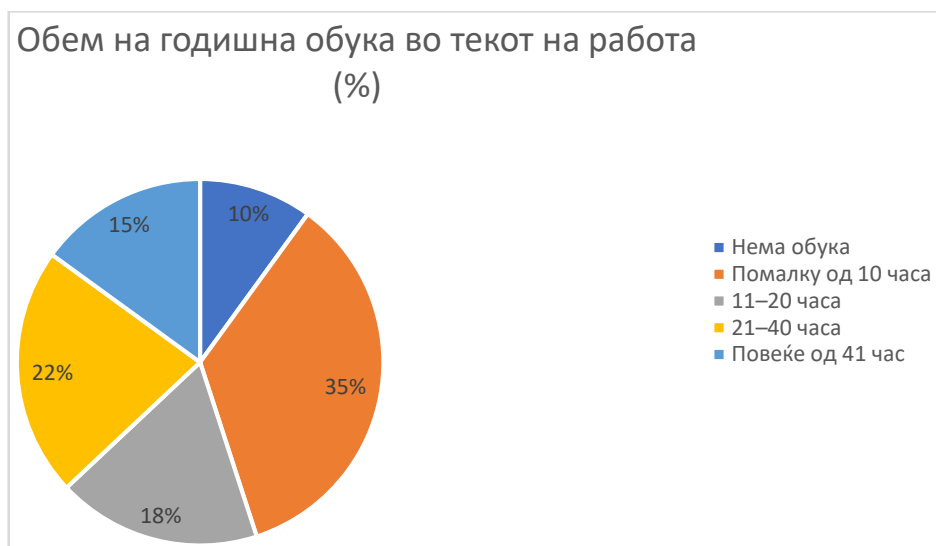
Овие модели го поддржуваат основниот заклучок: квалитетот центриран кон семејството се зголемува кога испораката на услуги е дизајнирана да го вклучи родителот како активен партнер, особено преку домашно базирани или коучинг модели. Без тој дизајн, дури и честите и структурирани услуги можат да останат професионално водени и помалку одржливи. Низ фреквенцијата, времетраењето и типовите на посети, резултатите покажуваат дека интензитетот на услугите е генерално соодветен за многу деца, така што повеќето добиваат редовни сесии и вообичаен едночасовен модел. Сепак, квалитетот на семејно центрираната РИД најсилно е обликуван од тоа дали родителите се активно вклучени преку набљудување, коучинг и домашна пракса. И професионалците и родителите постојано го третираат вклучувањето на семејството како суштинско за позитивни и одржливи резултати, но централизираните услови за услуги и форматите за испорака само за деца го ограничуваат овластувањето и еднаквоста.

4.6 Перцепираните потреби и очекувања на професионалците во врска со обуката и развојот во семејно-центрираната интервенција во раното детство

За да се осигураме дека процедурите за рана интервенција во детството се со висок квалитет и се фокусирани на целото семејство, професионалната обука и супервизија се многу важни. Но, резултатите покажуваат дека шансите за обука сè уште не се еднакви, следењето сè уште не е константно, а стиловите на учење честопати не се она што го сакаат професионалците и родителите. Ова им отежнува на професионалците да им обезбедат на децата и семејствата конзистентна, корисна и сеопфатна помош, особено во областите каде што не добиваат доволно помош.

4.6.1 Број на годишна обука во текот на службата

Податоците за обемот на годишна обука во текот на работа покажуваат дека професионалците немаат исти можности да добијат обука. Некои луѓе имаат корист од поорганизирани програми, така што 22 % завршуваат 21 - 40 часа, 18 % добиваат 11 - 20 часа и 15 % се ангажираат повеќе од 41 час. Сепак, 35 % добиваат помалку од 10 часа годишно, а 10 % велат дека воопшто не добиваат обука. Ова значи дека дури и ако некои работници може да имаат постојан професионален развој, многумина сè уште не се подготвени.



Слика 4 Обем на годишна обука во текот на работа што ја добил персоналот на РИД

Овие наоди укажуваат на недостаток на консензус меѓу родителите и експертите. Менторството на родителите и интервенциите во домот се примери за видовите современи обуки фокусирани на семејството за кои професионалците изразија потреба. Од друга страна, родителите бараа поконкретни упатства и насоки за тоа како да им помогнат на своите деца дома. Професионалците можеби нема да бидат во можност да ги исполнат очекувањата на родителите поради недостаток на часови за обука, па оттука, треба да има порамноправни, конзистентни и специјализирани можности за обука достапни низ целиот систем за РИД. На професионален начин, на говорникот може да му се пристапи на различни начини за да се задоволат потребите на семејството и пријателите. Иако некои вработени добиваат континуирана обука, многу други се жалат на краткото траење и теоретската природа на часовите, што ги остава неподготвени за предизвиците од реалниот

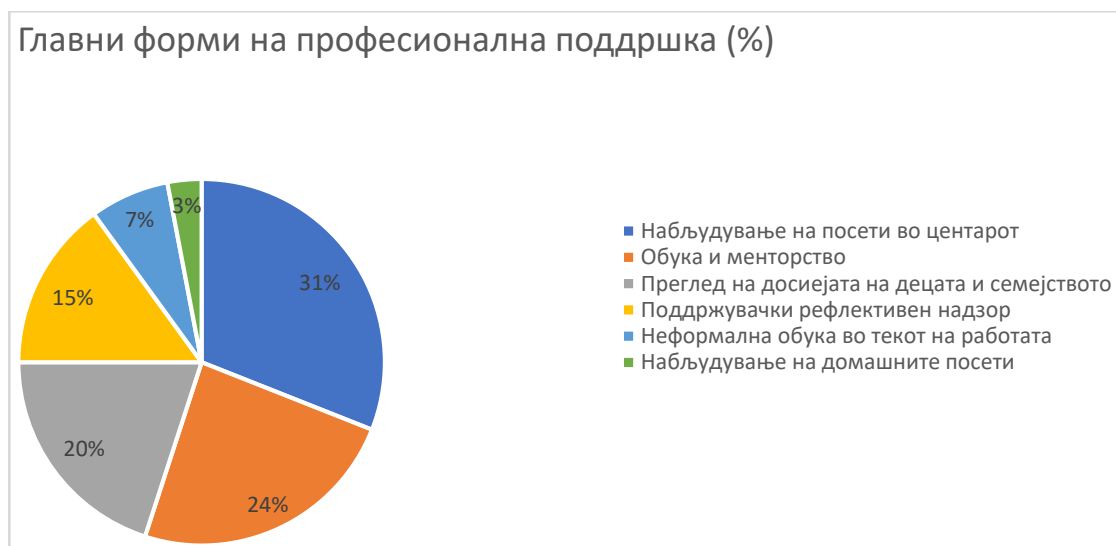
свет. Покрај современите пристапи и практичната обука, експертите ја нагласија потребата од понатамошна поддршка за вклучување на родителите. Тие продолжија велејќи дека додека другите земји имплементирале успешни модели, Косово сè уште не го следи примерот. Имаше значителни недостатоци во снабдувањето со практични ресурси, ситуационо релевантна обука и емоционална поддршка за семејствата. Сегашната состојба на обуката е неповрзана и недостасува цврстина, оставајќи ги професионалците неподготвени за целосна интервенција и пристап до семејството. Експертите имаат тешкотии да ги исполнат барањата на родителите, а услугите како резултат на тоа се влошуваат. Подолу се дадени цитатите од фокус групите:

- *Тренинг-сесиите треба да бидат континуирани и да се комбинира теоретска дискусија со практични примери. - професионалец*
- *Да се воспостави механизам на национално ниво кој ќе гарантира дека сите лица добиваат еднаков број часови за обука и професионална сертификација. - професионалец*
- *Да се обезбеди практично искуство за лица од различни центри, кое ја поврзува теоријата со практиката, со што се зајакнуваат мултидисциплинарните интервенции и студиските посети. - професионалец*

Голем број професионалци не добиваат никаква обука, како што покажуваат триаголните наоди за обемот на годишна обука во текот на работа. Но, има неколку експерти кои навистина блескаат кога им се даваат поредовни можности. Според фокус групите, поголемиот дел од програмите за обука се премногу теоретски и им недостасува практично искуство, што ги остава вработените неспособни да се справат со тешки семејни ситуации. Спротивно на тоа, родителите претпочитаат помош со секојдневните потреби и домашните обврски што ги извршуваат луѓе кои добиле повисока обука и кои даваат појасни инструкции. Локалните варијации беа значителни, а специјалистите во оддалечените региони имаа помалку можности. Ниту квалитетот, ниту конзистентноста на обуката не се подобрија многу. Ова покажува дека очекувањата на родителите и способностите на професионалците не се секогаш конгруентни.

4.6.2 Видови на супервизорска поддршка во услугите за РИД

Графиконот ги илустрира главните форми на професионална поддршка достапни за персоналот што работи во рана интервенција во детството. Најчестиот вид е набљудување на посети во центарот (31 %), проследено со обука и менторство (24 %) и преглед на досиејата на децата и семејството (20 %). Други форми вклучуваат поддржувачки рефлексивен надзор (15 %) и неформална обука во текот на работата (7 %), додека набљудувањето на домашните посети (3 %) е многу ретко. Имено, мал, но важен дел од професионалците изјавиле дека воопшто не добиваат никаква супервизорска поддршка.



Слика 5 Форми на супервизорска поддршка што ја добива персоналот на РИД

Оваа распределба сугерира дека супервизорите треба да користат повеќе менторство и планирано набљудување, но треба да прават помалку со супервизија преку домашни посети и континуирана рефлексивна повратна информација. Бидејќи семејно центрираната рана интервенција е фокусирана на контекстуално, домашно учење, еден од нејзините главни недостатоци е недостатокот на сеопфатно набљудување од домашни посети. Според специјалистите во фокус групите, предизвиците за квалитетен развој произлегуваат од недоволно финансирање, нееднаков надзор и отсуство на дефинирани критериуми. Доколку практиките за надзор беа повеќе во согласност со професионалните стандарди и очекувањата на родителите, членовите на персоналот би биле подобро опремени да обезбедат висококвалитетни услуги фокусирани на семејството. Оваа цел може да се постигне преку стратегии, вклучувајќи посети во семеен контекст, рефлексивен надзор и

подобро менторство. Менаџерите и директорите на центрите вршат одреден внатрешен мониторинг, но фокус групите покажаа дека тоа не е секогаш доследно и недоследно, дури и кога е релевантно. Покрај обезбедувањето непречено работење, експертите веруваат дека мониторингот помага да се намали веројатноста за грешки и да се зголеми ефикасноста на третманот. Обуката и супервизијата се важни, но други тврдат дека тие не одат доволно далеку за да ги задоволат потребите на децата во реалниот свет, особено оние со сложени развојни потреби. Со проучување на практиките на земјите со добро организирани центри, можеме да развиеме подобри модели на супервизија што ги интегрираат домашните посети со континуирано менторство. Од друга страна, програмите за рано и средно образование ретко обезбедуваат супервизија, а кога станува збор за станбени услови, обично има мал акцент на нудење внимателна, практична помош. Сегашната состојба е проблематична бидејќи ги спречува професионалците да обезбедат грижа центрирана кон семејството што ја посакуваат и родителите и нивните деца. Цитати од фокус групите:

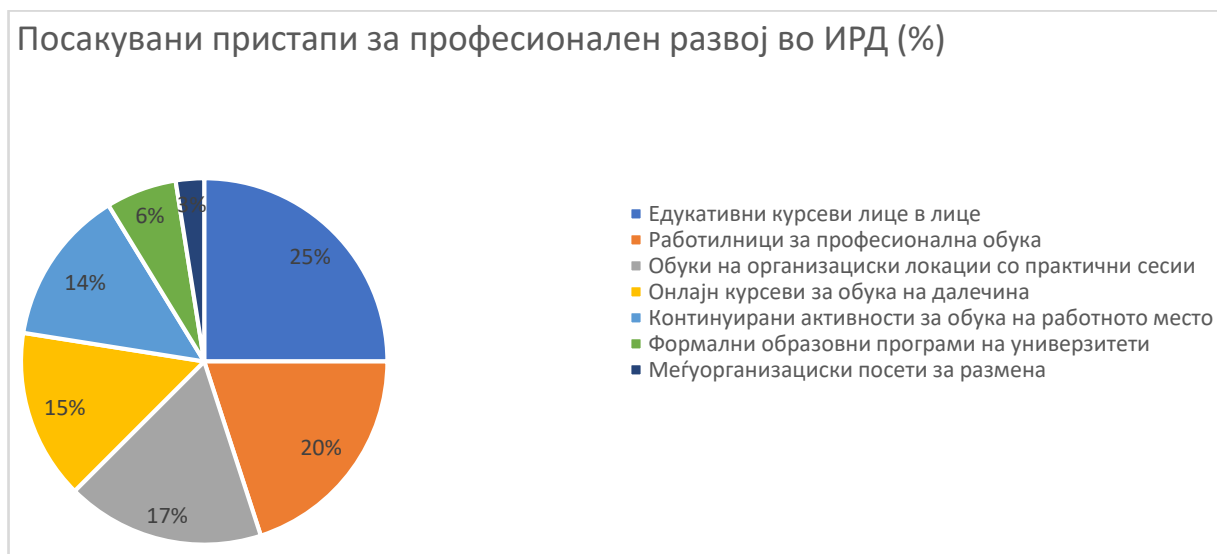
- *Нашата прва препорака е да се зајакне мониторингот на домашните посети и рефлексивното менторство, со цел услугите да бидат повеќе усогласени со пристапот насочен кон семејството. - професионалец*
- *Можеме да ја подобриме конзистентноста и квалитетот на поддршката преку координирање на стратегиите за супервизија меѓу различните локации. - професионалец*
- *Да се поттикнат професионалците да стекнуваат практично искуство и да набљудуваат успешни практики, како на домашно, така и на меѓународно ниво. - професионалец*

Истражувањата за видовите на супервизорска помош во услугите за енциклопедиска нега покажуваат дека мониторингот на посети во центарот и коучингот/менторството се почести од рефлексивниот надзор и набљудувањето од домашни посети. Мониторингот од страна на менаџерите на центрите е соодветен, иако редок и претежно административен, според сите фокус групи. Квалитетот на третманот, спречувањето на грешки и емоционалната и практичната поддршка се трите столба врз кои се потпира компетентниот надзор, според експертите. Сепак, многумина истакнаа дека сегашните форми се многу теоретски и навистина не помагаат во предизвикувачките

случаи. Меѓународните искуства покажаа дека супервизорските модели може да вклучуваат учење во семеен контекст и континуирани повратни информации, кои во моментот отсуствуваат во неразвиените модели на Косово.

4.6.3 Преферирани модалитети за обука за професионалци

Графиконот покажува дека најпосакуваните пристапи за професионален развој во интервенцијата во раното детство се едукативни курсеви или курсеви за обука лице во лице (20 %) и работилници за професионална обука (16 %), по што следуваат обуки на организациски локации, вклучувајќи практични сесии (14 %). Значителен дел, исто така, претпочитале онлајн курсеви за обука на далечина (12 %) и континуирани активности за обука на работното место (11 %), што укажува дека се вреднуваат мешаните и флексибилните модели. Спротивно на тоа, формалните образовни програми на универзитетите (5 %) и меѓуорганizaциските посети за размена (2 %) биле поретко претпочитани.



Слика 6 Распределба на активностите за професионален развој и обука во услугите за РИД

Наодите покажуваат дека професионалците даваат приоритет на практичните, интерактивните и веднаш релевантните форми на обука кои можат беспрекорно да се инкорпорираат во нивните секојдневни работни рутини. Фактот дека луѓето претпочитаат работилници и организациска обука покажува дека постои значителна потреба од практично учење базирано на пракса. Фактот дека луѓето ја ценат онлајн и континуираната обука покажува дека постои потреба од флексибилност и пристапност. Намалената желба

за универзитетски програми и патувања за размена укажува дека долгорочните или формалните академски патеки се помалку во согласност со моменталните професионални барања. Со додавање на повеќе семинари, пракса на лице место и алтернативи за комбинирано учење, техниките за обука би можеле подобро да им помогнат на професионалците и да им помогнат на семејствата да ги постигнат своите цели за РИД.

Врз основа на она што го видоа фокус групите, постои дисконекција помеѓу вистинската потреба за практично, применливо образование и моменталната група опции за обука, кои често се теоретски и недоследни. Обуката што дозволува набљудување, вистинска примена и директно менторство е значително покорисна од обуката што се фокусира само на предавања или апстрактно знаење, според професионалците. Тие, исто така, го насочија вниманието кон фактот дека сегашните формати не успеваат соодветно да ги адресираат современите техники, вклучувајќи методи водени од деца, грижа информирана за траума и коучинг на родители. Професионалците повеќе ја ценат достапната, практиката и прилагодливата обука отколку ригорозните, долготрајни академски програми. Нивниот капацитет да ги постигнат целите фокусирани на семејството и родителските барања е попречен бидејќи постојниот систем не мора нужно да биде усогласен со овие очекувања. Подолу се дадени цитатите:

- *Една од препораките е да се зголеми достапноста на хибридни опции за учење, кои комбинираат онлајн и присутно учење, со почести практични сесии и семинари. - професионалец*
- *Да се обезбеди тренингот да вклучува практични вежби и да се базира на примери од реалниот живот. - професионалец*
- *Да се создадат организирани можности за професионалците да учат едни од други и да добиваат менторство, со цел да ги споделуваат практичните техники во различни контексти. - професионалец*

Триангулираните податоци покажуваат дека иако професионалците имаат пристап до неколку формати за обука, нивната преовладувачка преференција е за практични, интерактивни и практични методологии, вклучувајќи работилници, сесии базирани на пракса и мешани модели. Фокус групите покажаа дека постојните можности често се премногу теоретски и недоследни, што резултира со тоа што персоналот е несоодветно

опремен за сложени, семејно ориентирани задачи. И професионалците и родителите ја нагласија потребата од практична обука, вклучувајќи родителска обука, грижа информирана за траума и методологии ориентирани кон детето. Ова усогласување нагласува дека за да се постигнат целите на семејно ориентирана РИД, обуката мора да премине од неповрзани и теоретски рамки кон достапни, практични и прилагодливи форми кои директно ја подобруваат професионалната компетентност и родителската помош.

4.6.4 Распределба на можностите за обука

Графиконот покажува дека можностите за обука за професионалци од областа на економско-интензивната нега се распределени низ повеќе формати, така што некои пристапи се малку позастапени. Меѓуорганизациските посети за размена (17 %) и континуираните активности за обука на работното место (16 %) претставуваат најголем дел, што ја одразува важноста на врсничкото учење и континуираниот професионален развој на работното место. Други формати како што се работилници за професионална обука (14 %), обука на организациски локации со практични сесии (11 %) и курсеви лице в лице (11 %), исто така, играат значајна улога. Во меѓувреме, формалните универзитетски програми (10 %) и онлајн курсевите за обука на далечина (9 %) се поретки, и покрај нивниот потенцијал да обезбедат структурирано и флексибилно учење.



Слика 7 Согледани приоритетни области за зајакнување на професионалниот развој во услугите за РИД

Овие резултати сугерираат дека иако професионалците имаат пристап до разновидни формати на обука, дистрибуцијата ги фаворизира практичните, контекстуално базирани и

колаборативните модели во однос на долгорочните или чисто академските. Зависноста од посети на размена и обука на лице место ја истакнува преференцијата на секторот за пристапи кои се практични, директно применливи и поттикнуваат поддршка од врсници. Сепак, релативно нискиот удел на онлајн и формални образовни програми укажува на недоволна искористеност на форматите што би можеле да ја прошират пристапноста, особено за професионалците во рурални или средини со ограничени ресурси. Урамнотежена мешавина што ги зајакнува можностите за учење базирани на пракса и флексибилните можности за учење подобро би ги задоволила еволуирачките потреби за обука и развој во услугите за економско и интензивно образование центрирани кон семејството.

Дискусиите во фокус групите ја поддржуваат оваа интерпретација, бидејќи професионалците постојано истакнуваа дека практичното, практичното учење и размената од врсници се поефикасни од чисто теоретските програми. Тие ги опишаа посетите на размена, регионалните работилници и менторството како многу вредни за градење применливи вештини и стекнување изложеност на разновидни практики. Сепак, многумина, исто така, изразија фрустрација што квалитетот на обуката е неконзистентен и дека онлајн или формалните програми, иако флексибилни, не се широко достапни или прилагодени на нивните потреби - особено во руралните средини. Можностите за обука се разновидни, но нееднакви, така што доминираат форматите за учење преку врсници и во текот на службата, додека флексибилните и формалните опции за учење остануваат недоволно искористени. Оваа нерамнотежа ризикува исклучување на професионалците во недоволно опслужените региони и го ограничува проширувањето на стандардизираните методи засновани на докази. Подолу се дадени цитатите:

„Да се зајакне квалитетот и конзистентноста на разменските посети и обуките на терен, со цел да се обезбеди практична корист низ сите центри.“ - професионалец

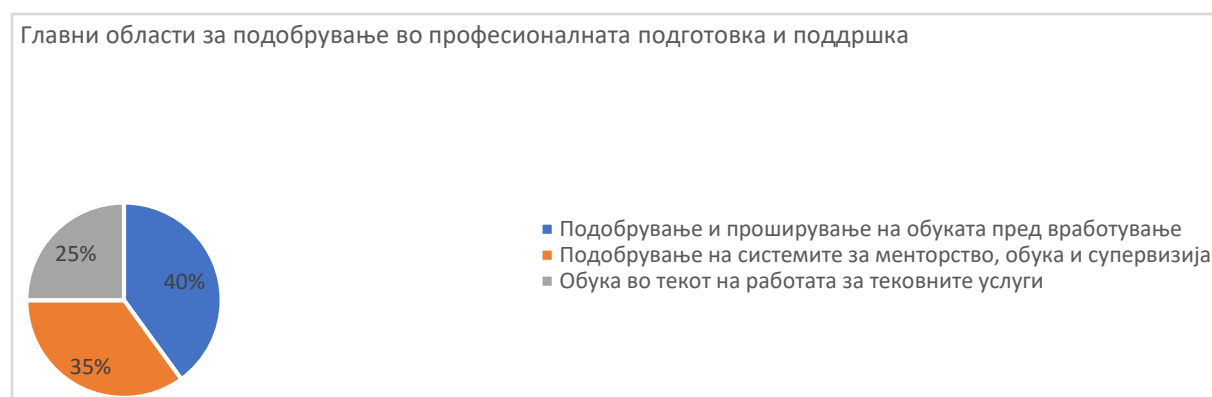
„Да се прошири онлајн и хибридно учење за да се достигнат професионалците во рурални или средини со ограничени ресурси.“ - професионалец

„Да се интегрираат формалните едукативни програми со практични компоненти, со цел теоријата да биде директно поврзана со применливите вештини во семејно насочената рана интервенција “. - професионалец

Триангулираните докази покажуваат дека можностите за обука во РИД се распределени во различни формати, но професионалците јасно ги претпочитаат моделите ориентирани кон пракса и базирани на врсници, како што се посети на размена, обука на работното место и работилници. Согледувањата од фокус групите потврдија дека овие методи се најефикасни за градење вештини и изложеност на различни практики, но тие исто така открија загриженост за неконзистентен квалитет и ограничен пристап. Онлајн и формалните образовни програми, иако флексибилни, остануваат недоволно искористени и слабо адаптирани, оставајќи ги професионалците во руралните или областите со ограничени ресурси со помалку можности. Оваа нерамнотежа истакнува структурен јаз: додека доминира учењето базирано на пракса, недостатокот на флексибилни и стандардизирани опции ја ограничува инклузивноста и усвојувањето на пристапи базирани на докази.

4.6.5 Приоритети за зајакнување на професионалната обука и надзор во областа на РИД

Графиконот подолу истакнува три главни области каде што се потребни подобрувања. Најголем акцент е ставен на подобрување и проширување на обуката пред вработување за професионалци кои нудат услуги за економско-интензивна нега (вкупно 56 гласа), што одразува признание дека основната подготовка пред да влезат во областа е од суштинско значење. Ова укажува на заедничко очекување меѓу засегнатите страни дека идните практичари треба да бидат подобро опремени со современо, семејно ориентирано знаење и вештини од самиот почеток.



Слика 8 Потребни за обука и надзор на професионалци за РИД

Второто место (со 49 гласа) му припадна на подобрувањето на системите за менторство, обука и супервизија, што ја покажува потребата од континуирана

професионална поддршка надвор од самата обука. Воспоставувањето јасни линии на овластување и одговорност помага да се обезбеди конзистентност, безбедност и простор за професионален раст. Многу е добредојдено што 35 лица избраа да добијат обука во текот на работата за тековните услуги, иако имаше поголема преференца за подготовка и мерки за следење на претходната служба. Практичарите гледаат на супервизијата и обуката како континуиран процес на кој му е потребно и подобро образование во текот на работата и чести ажурирања во текот на работата за да се гарантираат семејно центрирани, ефикасни и одржливи услуги за РИД, според оваа студија. Ова е поткрепено со резултатите од фокус групите: Како резултат на неговите застарени методи и недостаток на фокус на семејствата, многу луѓе сметаат дека образованието во текот на работата е незадоволително. Менторството, обуката и активностите за рефлексивност се ретки, иако забележаа дека постои супервизија во рамките на компаниите, но нагласија дека квалитетот на различните форми на супервизија варира. Родителите, исто така, сметаа дека грижата заснована на траума, инклузивните практики и родителската обука беа недоволно нагласени и во програмите за обука во текот на службата и во програмите за предучилишна возраст. Интензивното учење во текот на службата, однапред договорениот надзор и темелната обука за предучилишна возраст треба да бидат дел од планот за напредување во кариерата на РИД. Специјалистите можеби немаат потребна обука за да се справат со сложените развојни и семејно центрирани потреби на децата, освен ако не се направат овие модификации. Цитатите се дадени подолу:

- *Да се обезбеди поактуелна обука, насочена кон семејството, во претходните програми за обука, со фокус на развој на вештини. - професионалец*
- *Да се воспостават системи за континуирано менторство и следење, со цел коучингот и рефлексивноста да се интегрираат во секојдневната работа. - професионалец*
- *Практичарите треба да бидат редовно информирани за тековните стандарди и процедури базирани на истражувања, преку проширување на експертската обука во служба во области како што се грижа базирана на траума, коучинг на родители и инклузивни практики. - професионалец*

Според триангулациска студија за приоритетите за надзор и професионален развој, и родителите и едукаторите веруваат дека персоналот за РИД има потреба од поголема

поддршка во нивните секојдневни задачи. Иако тие се оние кои спроведуваат развојни скрининг и проценки, фокус групите покажаа дека експертите често се зафатени и немаат пристап до современа, корисна технологија. Обуките може да не вклучат грижа заснована на траума, советување на родители и терапија водена од деца, бидејќи овие концепти се сметаат за премногу теоретски и несоодветни. Професионалците, според родителите, треба да бидат подобро подготвени од самиот почеток и треба редовно да ги освежуваат своите вештини со цел да им обезбедат на семејствата поголема емоционална поддршка и попрецизни инструкции. Подобрувањето на образованието пред вработување, воспоставувањето построкурирани програми за менторство и супервизија и проширувањето на можностите за практично, практично учење додека се во служба, се неопходни за да се премости јазот помеѓу семејните очекувања и професионалните способности. Подобрувањето на професионалните вештини и фокусирањето на создавање на овој континуум може да ги направи услугите на РИД поориентирани кон семејството, поодговорни и пофер. Со 68 степени на слобода, Пирсоновиот Хи-квадрат тест даде вредност од 118,345 поени. Статистичката значајност е означена со р-вредност под 0,001. Професионалната обука со фокус на пристапот центриран кон семејството е обратно пропорционална со итноста и практичноста на услугите за РИД. Иако не зависи целосно од поединецот, пристапноста, организацијата и достапноста на ресурсите во секоја заедница имаат значително влијание врз евалуацијата на потребите за обука на професионалците. Ако професионалците во региони со ограничени, дисперзирани или слабо координирани ресурси имаат поголема веројатност да се соочат со предизвици кога се обидуваат да користат пристапи центрирани кон семејството, тогаш постои поголема потреба од можности за обука и професионален развој специфичен за секторот. Луѓето на места кои обезбедуваат интегрирани и сеопфатни услуги може да имаат различни очекувања и цели за обука, бидејќи имаат поголем пристап до континуирана помош.

Наодите ја истакнуваат потребата од решавање на потребите за помош од давателите на услуги, а истовремено и решавање на недостатокот на услуги за семејствата. Ако сме сериозни во врска со зачувувањето на практиките на РИД центрирани кон семејството низ целата земја, особено во заедниците со ниски приходи, мора да обезбедиме секој да има фер можност да учествува во висококвалитетни програми за професионален развој. Според интервјуата со експерти, поголемиот дел од учениците добиваат претерано теоретско,

неинтегративно образование, што ги прави неспособни да се справат со проблемите од реалниот свет. Другата страна е што некои деца се постојано набљудувани. Покрај постројкурираната програма за менторство и повеќе можности за практично искуство, родителското тренирање и други современи пристапи беа критично потребни. И покрај нивното значење, рефлексивните активности и домашните услови остануваат незабележани поради површноста на менаџерското следење. Оние што живеат во урбани области со ниски приходи имаат повеќе предизвици за долгорочен економски раст, според експертите кои го признаваат постоењето на регионални нееднаквости. Врз основа на триаголурната студија, се чини дека обуката и надзорот не се распределуваат правично. Додека некои кариери даваат доволно можности за раст, други не обезбедуваат ништо во однос на обука или сертификација. Наставниците и родителите бараат поригорозна подготовка пред вработување, 24-часовно следење и практично искуство во училница. Професионалците во областите со ниски приходи, исто така, забележаа дека спроведувањето програми фокусирани на семејството е потешко, што укажува на силна врска помеѓу географијата и перцепираните потреби за обука на луѓето. На крајот на краиштата, се чини дека мнозинството поединци веруваат дека системот за економско-економска соработка може да има корист од некои прилагодувања со цел да се изедначат условите во однос на можностите за професионален развој за сите.

X5a - Повисокиот обем на обука и посеопфатниот вид и опсег на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалците и моделот на интеракција за испорака на услуги се поврзани со подолго времетраење на посетата.

За да се тестира хипотезата X5a, беше спроведена анализа на повеќекратна линеарна регресија со времетраење на посетата како зависна променлива. Независните променливи вклучуваа количина на обука, вид и обем на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалците, модел на интеракција за испорака на услуги, профил на развојни состојби на детето, распределба на социоекономскиот статус на семејството и предизвици на системот за РИД и потреби за капацитет. Целта на анализата беше да се утврди дали интензитетот на услугите, мерен преку времетраењето на посетата, е значајно предвиден од нивото на професионална обука и структурните карактеристики на услугите.

Табела 45 Описна статистика на структурни и поврзани со услугите варијабли во услугите за РИД

Описна статистика

	Средна вредност	Стандардна девијација	N (број на единици)
Времетраење на посетата	8.8203	6.33482	64
Вкупна количина на обука	4.0144	1.10067	64
Вид и обем на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалците	9.2172	4.15038	64
Профил на развојни состојби на детето	5.6776	5.75585	64
Дистрибуција на социоекономскиот статус на семејството	7.4818	5.91445	64
Модел на интеракција со испорака на услуги	7.3594	5.86008	64
Предизвици на системот за еквивалентна интензивна нега и потреби за капацитети	7.6831	2.81684	64

Регресиониот модел покажува многу силно статистичко вклопување. Коефициентот на корелација ($R = 0,916$) укажува на многу висока поврзаност помеѓу предикторите и времетраењето на посетата. Коефициентот на детерминација ($R^2 = 0,839$) покажува дека 83,9 % од варијансата во времетраењето на посетата се објаснува со независните варијабли вклучени во моделот. Прилагодениот $R^2 = 0,822$ потврдува дека моделот останува робустен дури и по прилагодувањето на бројот на предиктори.

Целокупниот модел е статистички значаен, $F(6,57) = 49,351$, $p < 0,001$, што укажува дека множеството предиктори сигурно ги објаснува варијациите во времетраењето на посетата.

Табела 46 Резиме на моделот за повеќекратна регресија што го предвидува времетраењето на посетата

Резиме на моделот^b

P	Статистика за промени
---	-----------------------

Модел	Р квадрат	Прилагоден Р квадрат	Стандардна грешка во проценката	Измена на Р квадрат	F Измена	df1 (степен и на слобода)	df2 (степен и на слобода)	Значење на промената на F	
1	.916 ^a	.839	.822	2.67580	.839	49.351	6	57	.000

a. Предвидувачи: (Константа), Предизвици на системот за еквивалентна интелигенција и потреби за капацитет, Вид и обем на услуги за еквивалентна интелигенција што ги обезбедуваат професионалците, Профил на развојни состојби на детето, Количина на обука, Модел на интеракција за испорака на услуги, Распределба на социоекономскиот статус на семејството

b. Зависна променлива: Времетраење на посетата

Табелата АНОВА потврдува дека регресиониот модел како целина е статистички значаен ($p = .000$), што значи дека барем една од независните променливи значително го предвидува времетраењето на посетата. Ова ја поддржува адекватноста на моделот за објаснување на интензитетот на услугите.

Табела 47 АНОВА за модел на повеќекратна регресија што го предвидува времетраењето на посетата

АНОВА^a

Модел		Збир на квадрати	Df (степен на слобода)	Средна вредност	F	Значење
1	Регресија	2120.069	6	353.345	49.351	.000 ^b
	Остаток	408.114	57	7.160		
	Вкупно	2528.184	63			

a. Зависна променлива: Времетраење на посетата

b. Предвидувачи: (Константа), Предизвици на системот за РИД и потреби за капацитет, Вид и обем на услуги за енциклопедиска заштита што ги обезбедуваат професионалците, Профил на развојни состојби на детето, Количина на обука, Модел на интеракција при испорака на услуги, Распределба на социоекономскиот статус на семејството

Моделот на интеракција за испорака на услуги е најсилниот и многу значаен предиктор ($\beta = 0,555$, $p < 0,001$). Ова укажува дека построкурираните и моделите на интеракција што ги вклучуваат родителите се поврзани со подолго траење на посетата.

Дистрибуцијата на социоекономскиот статус на семејството е исто така статистички значајна ($\beta = 0,324$, $p < 0,001$), што укажува дека социоекономскиот состав на семејствата што ги опслужува влијае на времетраењето на посетата.

Количината на обука не е статистички значајна ($\beta = 0,036$, $p = 0,531$), што значи дека, по контролата на други варијабли, нивото на обука не го предвидува значајно времетраењето на посетата.

Видот и обемот на еквивалентни услуги за неа што ги обезбедуваат професионалците не се значајни ($\beta = 0,012$, $p = 0,826$).

Профилот на развојните состојби на детето не е статистички значаен ($\beta = 0,141$, $p = 0,113$), иако покажува скромна позитивна поврзаност.

Предизвиците на системот за еквивалентна неа и потребите за капацитет не се статистички значајни ($\beta = 0,043$, $p = 0,466$).

Табела 48 Коефициенти на регресија за предвидување на времетраењето на посетата

Коефициенти^a

Модел		Нестандардизирани коефициенти		Стандардизирани и коефициенти		Значење
		Б	Стандардна грешка	БЕТА	t	
1	(Константно)	-.814	1.848		-.440	.661
	Количина на обука	.209	.331	.036	.631	.531
	Вид и обем на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалци	.018	.083	.012	.220	.826
	Профил на развојни состојби на детето	.155	.097	.141	1.610	.113
	Дистрибуција на социоекономскиот статус на семејството	.347	.090	.324	3.861	.000

Модел на интеракција за испорака на услуги	.599	.090	.555	6.693	.000
Предизвици на системот за РИД и потреби за капацитет	.096	.130	.043	.735	.466

а. Зависна променлива: Времетраење на посетата

Хипотезата Х5а наведува дека поголемиот обем на обука и посеопфатниот вид и опсег на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалците и моделот на интеракција за испорака на услуги, се поврзани со подолго времетраење на посетата.

Табела 49 Статистика за остатоци за регресиониот модел што го предвидува времетраењето на посетата

Статистика за остатоци^a

	Минимум	Максимум	Средна вредност	Стандардна девијација	N (број на единици)
Предвидена вредност	2.7073	24.0473	8.8203	5.80102	64
Стандардизирана предвидена вредност	-1.054	2.625	.000	1.000	64
Стандардна грешка на предвидената вредност	.466	1.503	.847	.260	64
Прилагодена предвидена вредност	2.5926	24.5407	8.8049	5.76128	64
Остаток	-4.53132	8.43556	.00000	2.54519	64
Стандардизиран остаток	-1.693	3.153	.000	.951	64
Студентизиран остаток	-1.850	3.620	.002	1.026	64
Остаток при исклучување на набљудувањето	-5.40849	11.12528	.01543	2.97827	64
Студентизиран остаток при исклучување	-1.891	4.089	.016	1.074	64
Махаланобисова дистанца	.924	18.902	5.906	4.292	64
Кукова дистанца	.000	.597	.026	.084	64
Центрирана вредност на левериц	.015	.300	.094	.068	64

Резултатите делумно ја поддржуваат оваа хипотеза. Иако Моделот за интеракција на испорака на услуги значително предвидува подолго времетраење на посетата, количината на обука и видот и обемот на услугите за РИД што ги обезбедуваат професионалците не покажуваат статистички значајни ефекти. Затоа, **хипотезата е делумно поддржана, бидејќи карактеристиките на структурната интеракција играат значајна улога во предвидувањето на интензитетот на услугите, додека самото ниво на професионална обука не покажува директен значаен ефект во овој модел.**

Квалитативни резултати

Овој дел се поврзува директно со ИП 6.1 преку испитување како професионалната подготовка и супервизијата ја обликуваат испораката на висококвалитетна, семејно ориентирана РИД, и дали моменталните можности за обука и развој на системот се совпаѓаат со она што им е потребно на семејствата во секојдневната пракса. Низ триангуларните наоди, професионалците постојано опишуваат потреба од попрактична подготовка базирана на вештини (особено родителска обука, работа во домашен контекст и современи пристапи), додека родителите очекуваат појасно водство, конзистентна поддршка и употребливи стратегии за домашните рутини. Онаму каде што професионалното учење е ограничено, нееднакво или премногу теоретско, станува потешко да се стандардизира квалитетот и да се одржи вклученоста на семејството, особено во недоволно опслужените области. Резултатите од регресијата дополнително потврдуваат дека начинот на кој се испорачуваат услугите (модел на интеракција) е поважен за интензитетот на посетите отколку само часовите за обука, што укажува дека обуката мора да се претвори во модели на пракса за вклучување на родителите, а не да остане како апстрактно знаење.

Конкретни цитати од професионалци и родители (В# и Б#)

- „Се обидуваме да поедноставиме... родителите можат да присуствуваат на терапевтска сесија... а потоа да работат појасно дома.“ (Б1)
- „Членовите на семејството не прифаќаат... Морав да се претставам како едукатор.“ (Б5)
- „Напредокот на децата е форма на следење... немаме никаква форма.“ (Б16)

- „Домашни посети... но тоа е само проект што може да заврши за 6–7 месеци.“ (Б2–Б3)
- „Не знаев дека има центар во мојот град.“ (Б6)
- „Еден пријател ме информираше.“ (Б19)
- „Говорната терапија помогна... зголемен број зборови.“ (Б3/Б17)
- „Моето дете беше поагресивно, сега посмирено.“ (Б19)
- „Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (Б11)

Табела 50 Докази од фокус групи за информации, инклузија и потреби за поддршка фокусирани на семејството во услугите за РИД (Теми–Цитати)

Теми	Цитати
Родителска коучинг како основна вештина за работа центрирана кон семејството	„Се обидуваме да поедноставиме... родителите можат да присуствуваат... а потоа да работат појасно дома.“ (Б1)
Стигмата и отпорот ја ограничуваат соработката, барајќи вештини за поддршка на семејството	„Членовите на семејството не прифаќаат... Морав да се претставам како едукатор.“ (Б5)
Супервизијата и мониторингот често се неформални, ограничувајќи го подобрувањето на квалитетот	„Напредокот на децата е форма на следење... немаме никаква форма.“ (Б16)
Поддршката во домот не е одржлива, ослабувајќи го учењето на родителите во контекст	„Домашни посети... но тоа е само проект што може да заврши за 6-7 месеци.“ (Б2–Б3)
Родителите се потпираат на неформални информациски канали, покажувајќи слабо системско водство	„Не знаев дека има центар во мојот град.“ (Б6)
Неформалните упатувања ги заменуваат структурираните патишта, влијаејќи на очекувањата и довербата	„Еден пријател ме информираше.“ (Б19)
Родителите ги ценат практичните резултати од терапијата и сакаат употребливо водство	„Говорната терапија помогна... се зголеми бројот на зборови.“ (Б3/Б17)

Теми	Цитати
Подобрувањата ја зголемуваат мотивацијата, но бараат континуитет и трансфер дома	„Моето дете беше поагресивно, сега посмирено.“ (B19)
Економскиот притисок го намалува учеството, зголемувајќи ги очекувањата за флексибилност/поддршка	„Морав да престанам да работам за да го донесам детето.“ (B11)

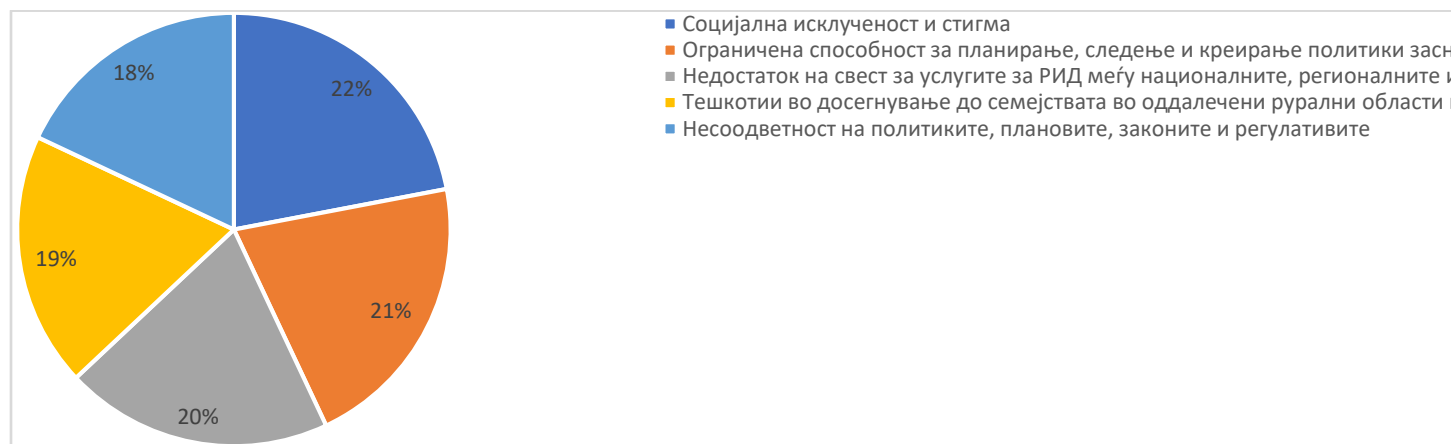
Очекувањата на професионалците нагласуваат поконзистентна, практична и надгледувана обука што го зајакнува родителското советување, интервенциите во домашниот контекст и современите методи, додека очекувањата на родителите нагласуваат јасни упатства, континуитет и поддршка што одговара на секојдневниот живот. Усогласеноста е силна на ниво на споделени приоритети, но јазот се појавува во имплементацијата: обуката е нееднаква, надзорот е често неформален, а моделите за вклучување на родителите не се постојано вградени. Наодите од регресијата го зајакнуваат ова толкување покажувајќи дека моделот на интеракција со услугите е највлијателниот предиктор за времетраењето на посетата, што значи дека подобрувањето на резултатите зависи помалку само од часовите за обука, а повеќе од обезбедувањето обуката да се претвори во структурирана, родителско-инклузивна пракса.

4.7 Предизвици со кои се соочуваат организациите што нудат услуги за рана интервенција во детството центрирана околу семејството, и препораки од професионалците и родителите за подобрување и проширување на овие услуги во Косово

Резултатите од двете техники за собирање податоци (фокус групи и анкетање) покажуваат дека иницијативите за рано детство во Косово се соочуваат со неколку предизвици. Меѓу нив, постои недостаток на пристапност до недоволно опслужените и руралните заедници, постојана стигма и недоволно финансирање. Многу е тешко да се обезбедат услуги за сите подеднакво поради практични бариери, несоодветно финансирање и неповрзани системи, како што истакнаа и експертите и родителите.

4.7.1 Главни предизвици со кои се соочуваат организациите што нудат услуги за РИД центрирани кон семејството во Косово

Истражувањето покажува дека при работа со деца кои имаат развојни проблеми, 22 проценти од косовските организации што обезбедуваат програми за рана интервенција во детството центрирани кон семејството се најмногу загрижени за социјалната исклученост и стигмата. Способноста за планирање, следење и воспоставување политики засновани на докази е ограничена (21 %), делумно поради отсуството на сигурни податоци од национални анкети за развојни доцнења и оштетувања. Со цел да се изгради систем за рано детство кој е одговорен и успешен, наодите од ова истражување ја истакнуваат потребата од систематски информации и справување со општествените пречки.



Слика 9 Клучни предизвици во услугите за рана интервенција во детството

Значителен дел од предизвиците се поврзани и со институционалната свест и пристапот до услугите. Поточно, 20 % од испитаниците го нагласија недостатокот на свест за услугите за РИД меѓу националните, регионалните и општинските власти, додека 19 % укажаа на тешкотиите во досегнување до семејствата што живеат во оддалечени рурални области и малцинските етнички групи. Конечно, 18 % ја нагласија несоодветноста на политиките, плановите, законите и регулативите што ги водат организациите за РИД. Заедно, овие резултати ја нагласуваат потребата од посилна владина посветеност, подобри системи за податоци и инклузивни стратегии за да се обезбеди еднаков пристап до услугите за РИД низ цело Косово.

Дискусиите со професионалци открија дека економските тешкотии остануваат примарна пречка, бидејќи многу семејства се борат да го покријат транспортот и основните

потреби, што го спречува редовното учество во услугите за РИД. Надвор од финансиските ограничувања, културната стигма - особено во руралните и малцинските заедници - ги обесхрабрува семејствата да бараат поддршка. Беа нагласени и недостатокот на информираност, лошата координација меѓу институциите и доцнењето на упатувањата, што често резултира со доцни или несоодветни интервенции. Структурните недостатоци како што се отсуството на унифицирана рамка за РИД предводена од владата и недоволните мултидисциплинарни тимови дополнително го ограничуваат квалитетот и досегот на услугите. Логистичките проблеми, вклучувајќи несоодветна инфраструктура, ограничен персонал и слаба емоционална поддршка за родителите, ги усложнуваат овие системски предизвици.

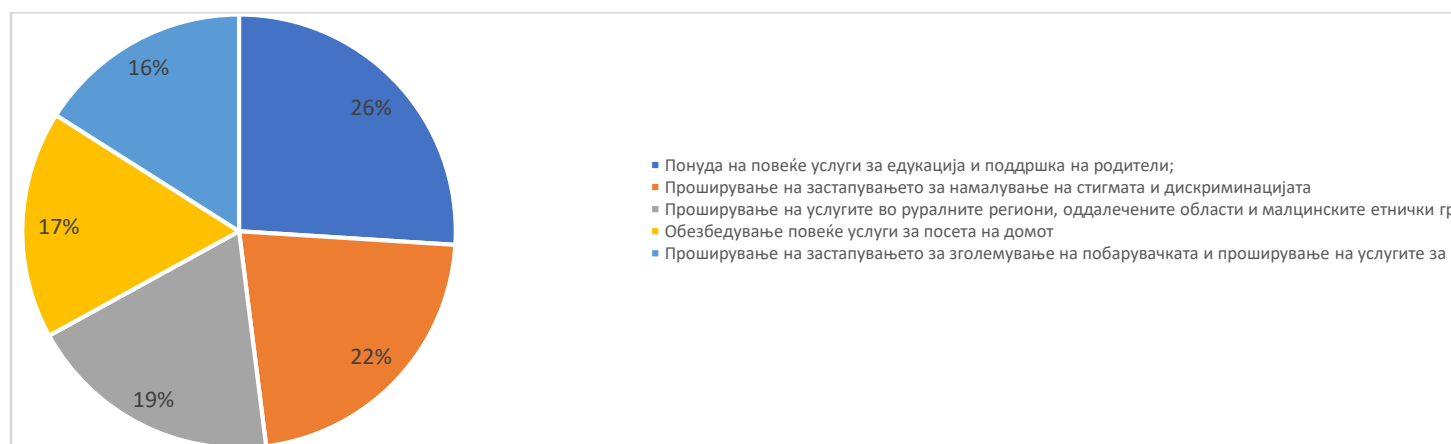
Родителите ги повториле многу од овие загрижености, нагласувајќи ги доцнењата во запишувањето во услугите и неконзистентните информации за достапната поддршка. Семејствата честопати се соочуваа со долги периоди на чекање, оставајќи ги без поддршка во критичните рани фази. Пристапноста беше уште еден итен предизвик, бидејќи многу родители патуваат на долги растојанија или користат повеќе автобуски линии за да стигнат до центрите. Ограничените терапевтски сесии - особено логопедската терапија - беа означени како недоволни во споредба со развојните потреби на децата. Родителите, исто така, пријавиле недостатоци во комуникацијата, недостаток на психолошка поддршка за старателите и несоодветна инфраструктура во руралните центри. Овие сознанија ги зајакнуваат наодите од графиконот, покажувајќи дека стигмата, финансиските ограничувања, слабото институционално капацитет и нееднаквото обезбедување услуги се главните пречки за ефикасна, семејно ориентирана РИД во Косово.

Наодите од триангулацијата откриваат дека предизвиците се вкоренети во системските недостатоци и недостатоците на ниво на политики, стигмата и бариерите за пристап. Отсуството на унифицирана, државно предводена политичка рамка создаде фрагментирани услуги и нееднаков пристап, особено во руралните области. И родителите и професионалците го нагласиле постојаното влијание на стигмата и негативните социјални ставови, кои ги обесхрабруваат семејствата да бараат поддршка. Логистичките предизвици - како што се долгите патни растојанија, ограничениот транспорт и центрите со недоволно ресурси - дополнително ја ограничуваат достапноста на услугите. Дополнително, професионалците ги истакнаа недоследните системи за следење и недостатокот на

стандардизирани алатки за евалуација, што го отежнува мерењето на резултатите. Заедно, овие наоди нагласуваат дека предизвиците на РИД се повеќедимензионални, комбинирајќи културни, институционални и инфраструктурни бариери.

4.7.2 Препораки од врвни професионалци за подобрување на услугите за РИД фокусирани на семејството

Графиконот истакнува дека професионалците сметаат дека нудењето повеќе услуги за образование и поддршка за родителите е врвен приоритет (26 %). Ова го одразува признанието дека оспособувањето на родителите со практично знаење и вештини е клучно за успехот на интервенцијата во раното детство ориентирана кон семејството. Втората клучна препорака е да се прошират напорите за застапување за намалување на стигмата и дискриминацијата (22 %), што останува критична пречка за вклучување и еднакви можности за децата со доцнења во развојот и попреченост.



Слика 10 Клучни препораки за подобрување на услугите за РИД

Други значајни препораки вклучуваат проширување на услугите во руралните региони, оддалечените области и малцинските етнички групи (19 %), заедно со обезбедување повеќе услуги за посета на домови (17 %), што би ги обезбедило семејствата кои се соочуваат со географски или социоекономски бариери да не бидат запоставени. Конечно, проширувањето на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за РИД (16 %) ја нагласува важноста на подигањето на свеста и мобилизирањето на институционалната и општествената поддршка. Заедно, овие наоди нагласуваат дека професионалците ги гледаат овластувањата на родителите, социјалната

инклузија, еднаквиот пристап и посилното застапување како столбови за подобрување на услугите за РИД во Косово.

Дискусиите во фокус групите открија дека професионалците силно ја нагласуваат потребата од рани и задолжителни психолошки скрининзи, споредливи со рутинските педијатриски прегледи за да се овозможи навремено откривање на доцнења во развојот. Тие ја истакнаа важноста на мултидисциплинарните тимови - вклучувајќи психолози, логопеди и специјалисти за труд - кои треба да работат заедно во иста средина за да обезбедат сеопфатна, непосредна поддршка откако ќе се идентификува детето. Заедно со ова, тие повикаа на стандардизирани протоколи и сигурни системи за податоци, бидејќи недостатокот на точна статистика, особено за децата со аутизам, продолжува да го попречува ефикасното планирање и испорака на услуги.

Еднаквоста и пристапноста беа исто така централни за препораките на професионалците. Тие се залагаа за бесплатни, државно финансирани услуги за РИД за да се гарантира пристап без оглед на семејниот приход, како и за проширување на услугите во руралните и малцинските заедници. Родителското образование, советувањето и емоционалната поддршка постојано беа истакнувани како витални за успешни интервенции, додека намалувањето на стигмата остана тема што се повторува. За да ја поддржат инклузијата, професионалците предложија интегрирање на услугите во природните средини на заедницата, како што се училиштата и градинките, и проширување на програмите за посета на домови за семејства кои не можат да стигнат до центрите.

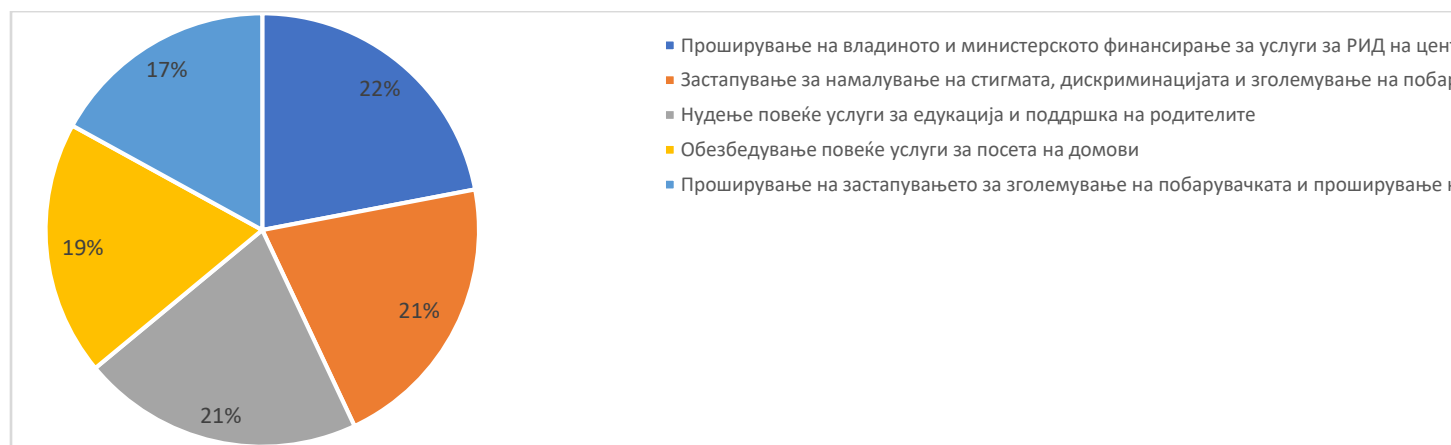
Дополнително, професионалците ја нагласија итната потреба од градење капацитети и специјализирани програми за обука за зголемување на бројот на квалификуван персонал. Тие го истакнаа јазот помеѓу постојните законски рамки и нивното слабо спроведување, препорачувајќи културно одговорно законодавство и посилна институционална посветеност. Конечно, тие ги охрабрија мрежите базирани на заедницата и иницијативите за застапување предводени од родители, како и дигиталните платформи за ран скрининг и континуирано следење, за да се изгради покоординиран, транспарентен и систем насочен кон семејството.

Од триангулацијата, професионалците постојано препорачуваа скрининг за ран развој, мултидисциплинарни тимови и структурирана професионална обука како

неопходни за подобрување на услугите за РИД. Тие ја нагласија потребата од стандардизирани протоколи, сигурни бази на податоци и услуги финансирани од државата за да се обезбеди одржливост и еднаквост. Професионалците, исто така, повикаа на програми за посети на домови и интервенции во заедницата за нормализирање на раната интервенција, намалување на стигмата и проширување на пристапот во руралните или маргинализираните области. Важно е што тие се залагаа за подобра институционална координација во здравствените, образовните и социјалните услуги, сметајќи го ова за клучно, за обезбедување континуитет на грижата. Нивните препораки истакнуваат поместување кон системи засновани на докази, инклузивни и координирани кои ги оспособуваат и професионалците и семејствата.

4.7.3 Најважни препораки од родителите за проширување и зајакнување на услугите за РИД фокусирани на семејството

Графиконот покажува дека родителите ставаат најголем акцент на проширување на владиното и министерското финансирање за услуги за рана интервенција во детството на централно, регионално и општинско ниво (22 %). Ова го одразува нивниот став дека одржливата финансиска поддршка од јавните институции е клучна за зајакнување на квалитетот на услугите и обезбедување еднаков пристап. Веднаш потоа, родителите ја истакнуваат важноста на застапувањето за намалување на стигмата, дискриминацијата и зголемување на побарувачката за услуги за РИД (21 %), како и потребата од нудење повеќе услуги за едукација и поддршка на родителите (21 %), покажувајќи рамнотежа помеѓу системските промени и јакнењето центрирано кон семејството.



Слика 11 Главни приоритети за зајакнување на услугите за РИД

Дополнително, обезбедувањето повеќе услуги за посета на домови (19 %) се смета за практично решение за допирање до семејствата кои се соочуваат со пречки за пристап до институционални услуги, особено во руралните или маргинализираните области. Конечно, проширувањето на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за РИД (17 %) го покажува сфаќањето на родителите дека свеста и видливоста остануваат неопходни за проширување на услугите. Земени заедно, овие приоритети сугерираат дека родителите во Косово силно се залагаат за двоен пристап - зајакнување на институционалната посветеност и финансирање, а истовремено проширување на директната семејна поддршка и стратегиите за дофат и вклучување.

Родителите силно нагласија дека финансиската поддршка е основа за зајакнување на услугите за РИД фокусирани на семејството. Многумина објаснија дека малата инвалидска пензија што моментално ја нуди државата не ги покрива сложените потреби на нивните деца. Тие повикаа на поголема одговорност на владата во финансирањето на услугите, како и на финансиско олеснување за основните потреби како што се превоз, пелени и трошоци поврзани со терапијата. Пристапноста беше уште една клучна грижа: семејствата во руралните области честопати се соочуваат со долги и скапи патувања за да стигнат до центрите. Родителите препорачаа отворање повеќе центри поблиску до местото каде што живеат децата и обезбедување бесплатен или субвенциониран превоз за да се намали овој товар.

Освен финансиите и пристапот, родителите ја истакнаа важноста на психолошката и емоционалната поддршка за лицата што се грижат за други, и преку индивидуално советување и групни сесии. Тие, исто така, побараа почести и поразновидни терапевтски сесии, особено во логопедијата, бидејќи моменталните ресурси не ги задоволуваат потребите на децата. Рекреативните активности како пливање и спорт често беа барани за поддршка на целокупната благосостојба на децата. Родителите дополнително ја нагласија потребата од подобра комуникација и обука и за персоналот и за семејствата за да се зголеми свеста за правата на децата и достапните услуги. Тие побараа подобрена инфраструктура, поквалификуван персонал во руралните средини, признавање на нивните улоги како старатели и безбедни, тивки простори прилагодени на чувствителноста на децата со посебни потреби. Заедно, овие сознанија се совпаѓаат со наодите од графиконот, покажувајќи дека родителите даваат приоритет на посилно државно финансирање,

проширена пристапност, емоционална и образовна поддршка и подобар квалитет на услугите за да се обезбедат инклузивни и ефикасни услуги за РИД во Косово.

Перспективите на родителите ја зајакнаа потребата од посилна владина финансиска поддршка, бидејќи моменталната помош е недоволна за да ги покрие потребите на нивните деца. Тие побараа подостапни центри, подобрени опции за транспорт и продолжено работно време за подобро балансирање на семејните одговорности. Родителите, исто така, изразија силно барање за психолошка и емоционална поддршка, и за себе и за своите деца, забележувајќи дека овие услуги често недостасуваат. Тие ги истакнаа доцнењата во запишувањето, несовпаѓањата помеѓу препорачаните и достапните терапии (особено во говорната и психолошката поддршка) и слабата комуникација со професионалците како главни недостатоци. Надвор од пристапот, родителите побараа признавање на нивните улоги како старатели и поголемо вклучување во обликувањето на услугите, нагласувајќи ја важноста на мрежите базирани во заедницата и јакнењето.

Пирсоновиот Хи-квадрат тест даде вредност од 9.000 со 1 степен на слобода. Резултатот беше статистички значаен, со р-вредност од 0,003. Ова укажува на значајна поврзаност помеѓу достапноста на услугите за домашна посета и перцепираната потреба за проширување на услугите за РИД во руралните области. Со други зборови, разликите во одговорите не се должат на случајност, туку одразуваат конзистентен модел во кој отсуството на услуги за домашна посета е поврзано со посилен повик за проширување на услугите во недоволно опслужените региони. Професионалците и засегнатите страни кои пријавуваат ограничена или недостапна поддршка од дома имаат поголема веројатност да ја изразат потребата од пошироки и подостапни услуги за рана интервенција во руралните заедници. Ова укажува дека домашната посета игра клучна улога во правичната испорака на услуги, а нејзиното отсуство може да придонесе за недостатоци во поддршката за децата и семејствата што живеат во оддалечени области. Овие наоди ја нагласуваат важноста на интегрирањето на компонентите засновани на домот во моделите за испорака на услуги во руралните средини за да се обезбедат сите семејства, без оглед на локацијата, да можат да пристапат до навремена и соодветна рана интервенција.

Во исто време, професионалците и родителите понудија конвергентни препораки: јакнење на семејствата преку едукација и советување, намалување на стигмата преку

застапување, проширување на услугите за домашна посета и обезбедување посилна институционална координација. Професионалците нагласија структурирана обука, мултидисциплинарни тимови и стандардизирани протоколи, додека родителите нагласија владино финансирање, подобра пристапност и посилна емоционална и психолошка поддршка. Заедно, овие сознанија ја нагласуваат итната потреба од сеопфатен, инклузивен и државно поддржан систем за РИД кој ги комбинира институционалните реформи со директна поддршка центрирана кон семејството.

4.7.4 Еднаквост, вклученост и информирање во услугите за РИД фокусирани на семејството: Перспективи на професионалци и родители

Табелата покажува дека и професионалците и родителите го сметаат родителското зајакнување и институционалната поддршка како највисоки приоритети за зајакнување на еднаквоста и вклученоста во услугите за рана интервенција во детството.

- Најчесто наведени препораки од родителите се проширување на застапувањето за намалување на стигмата и дискриминацијата и зголемување на побарувачката за услуги за РИД - 45 одговори (14.33 %), како и проширување на владиното/министерското финансирање за услуги за РИД на централно, регионално и општинско ниво — 45 одговори (14.33 %).
- Речиси исто толку често е наведена препораката за нудење повеќе услуги за едукација и поддршка на родителите - 44 одговори (14.01 %).
- 39 одговори (12.42 %) се однесуваат на потребата од поголема еднаквост преку подобрување на пристапот до услуги за РИД.
- 35 одговори (11.15 %) ја нагласуваат потребата од проширување на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за РИД.
- 34 одговори (10.83 %) се однесуваат на потребата од обезбедување повеќе услуги за посета на домови во раното детство.
- 30 одговори (9.55 %) укажуваат на потребата од повеќе можности за вклучување на родителите во организациите за РИД.
- 29 одговори (9.24 %) се однесуваат на проширување на услугите во руралните региони, оддалечените области и кај малцинските етнички групи.

- Најретко наведена препорака е спроведување национални анкети за собирање податоци за развојни доцнења и попречености - 13 одговори (4.14 %).

Табела 51 Чести препораки од родителите за подобрување на услугите за РИД

Чести препораки од родители	N (број на единици)	%
Проширување на застапувањето за намалување на стигмата и дискриминацијата и зголемување на побарувачката за услуги за рана интервенција во детството	45	14,33
Проширување на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за рана интервенција во детството	35	11.15
Постигнување поголема еднаквост преку подобрување на пристапот до услуги за рана интервенција во детството	39	12.42
Обезбедување повеќе услуги за посета на домови во раното детство	34	10.83
Давање повеќе можности за вклучување на родителите во организациите за рана интервенција во детството	30	9.55
Проширување на услугите во руралните региони, оддалечените области и малцинските етнички групи	29	9.24
Проширување на владиното/министерското финансирање за услуги за рана интервенција во детството на централно, (регионално) и општинско ниво	45	14.33
Спроведување национални анкети за собирање податоци за развојни доцнења и попречености	13	4.14
Нудење повеќе услуги за едукација и поддршка на родителите	44	14.01

Пирсоновиот хи-квадрат тест даде вредност од 28.000 со 11 степени на слобода. Резултатот беше статистички значаен, со р-вредност помала од 0,003. Ова укажува на значајна поврзаност помеѓу местото на живеење на детето и неговата веројатност да биде запишано во инклузивна градинка. Со други зборови, разликите во стапките на запишување помеѓу урбаните и руралните средини не се случајни, туку одразуваат значаен модел веројатно обликуван од постојните нееднаквости во системот за рано образование. Децата што живеат во урбаните средини се чини дека се посклони да бидат запишани во инклузивни градинки отколку оние во руралните средини. Ова може да се должи на поголемата достапност на инклузивни програми, поспецијализиран персонал, подобра

инфраструктура и зголемена свест во урбаните средини. Спротивно на тоа, руралните средини може да се соочат со предизвици како што се ограничено обезбедување услуги, недостаток на обучен персонал или недоволни структури за поддршка. Овие наоди ја нагласуваат потребата од фокусирани стратегии за проширување на можностите за инклузивно образование во раното детство во руралните заедници, со што ќе се обезбеди дека сите деца, без оглед на географската локација, имаат еднаков пристап до квалитетни и инклузивни средини за учење.

Наодите од графиконот, фокус групите и триангулацијата покажуваат дека еднаквоста и вклученоста во услугите за рано детство во Косово остануваат неконзистентни и нерамномерно распределени, особено ставајќи ги децата од руралните области, семејствата со ниски приходи и малцинските групи во неповолна положба. И професионалците и родителите се согласија дека системските слабости - вклучително и отсуството на унифицирана рамка за рано детство предводена од државата, ограничениот опфат и недоволното финансирање - се клучни пречки. Семејствата во руралните и маргинализираните области честопати немаат пристап до блиските центри, се соочуваат со долги патни растојанија или не можат да си дозволат поврзани трошоци, додека професионалците пријавуваат несоодветна инфраструктура, неразвиени мултидисциплинарни тимови и слаби системи за следење. Социјалната стигма продолжува да игра одлучувачка улога, така што многу семејства ги одложуваат или избегнуваат услугите поради страв од осуда, особено во помалите и руралните заедници. Овие бариери го зајакнуваат циклусот на исклучување, оставајќи ги ранливите деца без навремена интервенција.

Во исто време, засегнатите страни идентификуваа јасни патеки за подобрување. Професионалците повикаа на задолжителни рани скрининзи, посилни мултидисциплинарни тимови и тимови во заедницата и бесплатни услуги за РИД финансирани од државата за да се обезбеди универзален пристап. Родителите ја нагласија важноста на финансиската помош, проширените програми за посети на домови и воспоставувањето повеќе центри со продолжено работно време поблиску до руралните заедници. Двете групи ја нагласија потребата од подобра размена на информации и емоционална поддршка, забележувајќи дека многу семејства се чувствуваат преоптоварени и неинформирани за време на запишувањето. Триангулацијата, исто така, откри силен

договор за итноста од проширување на застапувањето за намалување на стигмата, зголемување на владиното финансирање и зајакнување на институционалната координација низ здравствениот, образовниот и социјалниот сектор. Заедно, овие сознанија истакнуваат дека еднаквоста, вклученоста и досегот во услугите за РИД на Косово бараат двојни реформи: системски инвестиции и промена на политиките на национално ниво, заедно со стратегии центрирани кон семејството кои се справуваат со секојдневните реалности на ранливите семејства. Еднаквоста, вклученоста и досегот во услугите за РИД на Косово центрирани кон семејството остануваат ограничени од системски недостатоци, стигма и логистички бариери, што непропорционално влијае на ранливите деца во руралните и семејствата со ниски приходи. И професионалците и родителите ја нагласуваат итната потреба од посилно владино финансирање, подобра институционална координација и проширена поддршка ориентирана кон семејството, како што се домашни посети, психолошко советување и едукација на родителите. Справувањето со овие приоритети преку комбинирани системски реформи и стратегии базирани на заедницата е од суштинско значење за да се обезбеди дека сите деца - без оглед на потеклото или локацијата - можат да пристапат до навремени, инклузивни и висококвалитетни услуги за рана интервенција.

Хба - Распределбата на социоекономскиот статус на семејството е значително предвидена од времетраењето на посетата и профилот на развојните состојби на детето, контролирајќи го обемот на обуката, видот и обемот на услугите за РИД што ги обезбедуваат професионалците, моделот на интеракција за испорака на услуги и предизвиците на системот за РИД и потребите од капацитети.

Спроведена беше повеќекратна линеарна регресиона анализа, така што распределбата на семејниот социоекономски статус беше поставена како зависна променлива. Независните променливи ги вклучуваа времетраењето на посетата, профилот на развојните состојби на детето, количината на обука, типот и опсегот на услугите за РИД обезбедени од професионалците, моделот на интеракција при испорака на услугата, како и предизвиците на системот за рана интервенција и потребите за негови капацитети. Целта на анализата беше да се утврди кои структурни фактори и фактори поврзани со работната сила значајно го предвидуваат опфатот на услугите кај семејства од различни социоекономски средини. Дескриптивната статистика покажува умерена варијабилност кај променливите. Просечната вредност за распределбата на семејниот социоекономски статус изнесуваше

7.48 (SD = 5.91), што укажува на варијација во социоекономскиот состав на семејствата кои се опслужуваат. Времетраењето на посетата имаше просечна вредност од 8.82 (SD = 6.33), што укажува на забележителни разлики во интензитетот на услугата. И другите структурни и променливи поврзани со работната сила исто така покажаа варијабилност, што го поддржува нивното вклучување во регресиониот модел.

Табела 52 Описна статистика за променливи вклучени во регресиониот модел

	Средна вредност	Стандардна девијација	N (број на единици)
Распределба на социоекономскиот статус на семејството	7.4818	5.91445	64
Количина на обука	4.0144	1.10067	64
Вид и обем на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалците	9.2172	4.15038	64
Профил на развојни состојби на детето	5.6776	5.75585	64
Времетраење на посетата	8.8203	6.33482	64
Модел на интеракција за испорака на услуги	7.3594	5.86008	64
Предизвици на системот за екипна интегрална клиничка пракса и потреби за капацитети	7.6831	2.81684	64

Регресиониот модел покажува силна објаснувачка моќ. Коефициентот на корелација ($R = 0,825$) укажува на висока целокупна поврзаност помеѓу предикторите и распределбата на социоекономскиот статус на семејството. Коефициентот на детерминација ($R^2 = 0,681$) покажува дека 68,1% од варијансата во распределбата на социоекономскиот статус на семејството се објаснува со независните варијабли. Прилагодениот $R^2 = 0,648$ потврдува дека моделот останува робустен по прилагодувањето за бројот на предиктори. Целокупниот модел е статистички значаен, $F(6,57) = 20,299$, $p < 0,001$, што укажува дека предиктори колективно објаснуваат значителен дел од варијансата во досегот на социоекономските услуги.

Табела 53 Резиме на моделот за повеќекратна регресија што ја предвидува распределбата на семејниот социоекономски статус

Резиме на моделот^b

Модел	R	R квадрат	Прилагоде н R квадрат	Стандардна грешка во проценката	Статистика за промени				
					Промена на R квадрат	F Измена	df1 (степени на слобода)	df2 (степени на слобода)	Значење на промената на F
1	.825 ^a	.681	.648	3.51083	.681	20.299	6	57	.000

а. Предвидувачи: (Константа), Предизвици на системот за РИД и потреби за капацитет, Вид и обем на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалците, Профил на развојни состојби на детето, Количина на обука, Модел на интеракција при испорака на услуги, Времетраење на посетата

б. Зависна променлива: Распределба на социоекономскиот статус на семејството

Резултатите од АНОВА потврдуваат дека регресиониот модел како целина е статистички значаен ($p = .000$), што значи дека барем еден предиктор значително придонесува за објаснување на варијациите во распределбата на социоекономскиот статус на семејството.

Табела 54 АНОВА за модел на повеќекратна регресија што ја предвидува распределбата на семејниот социоекономски статус

АНОВА^a

Модел	Збир квадрати	df (степени на слобода)	Средна вредност	F (Статистика)	(статистичка значајност)
1 Регресија	1501.207	6	250.201	20.299	.000 ^b

Остаток	702.577	57	12.326
Вкупно	2203.784	63	

а. Зависна променлива: Распределба на социоекономскиот статус на семејството

б. Предвидувачи: (Константа), Предизвици на системот за економско-економски статус и потреби за капацитет, Вид и обем на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалците, Профил на развојни состојби на детето, Количина на обука, Модел на интеракција за испорака на услуги, Времетраење на посетата

Испитување на индивидуалните предиктори:

- Времетраењето на посетата е најсилниот и многу значаен предиктор ($\beta = 0,640$, $p < 0,001$). Ова укажува дека подолгите посети на услуги се поврзани со поширок социоекономски дострел. Интензитетот на услугите се чини дека игра централна улога во одредувањето на распределбата на семејствата на кои им се служи.
- Профилот на развојни состојби на децата е исто така статистички значаен ($\beta = 0,284$, $p = 0,022$). Ова укажува дека професионалците кои им служат на деца со посложени развојни состојби имаат поголема веројатност да работат со семејства од различни социоекономски категории.
- Предизвиците на системот за економско-интензивна нега и потребите од капацитет не се статистички значајни ($\beta = -0,118$, $p = 0,147$), што укажува дека пријавените системски предизвици не го предвидуваат независно дострелот на социоекономските услуги кога се контролирани други структурни фактори.
- Количината на обука, видот и обемот на услугите за економско-интензивна нега што ги обезбедуваат професионалците и моделот на интеракција за испорака на услуги не се статистички значајни предиктори во овој модел.

Табела 55 Коефициенти на регресија за предвидување на распределбата на социоекономскиот статус на семејството

Коефициенти^а

Модел		Нестандардизирани коефициенти		Стандардизирани коефициенти		(статистичка значајност)
		Б	Стандардна грешка	Бета		
1	(Константно)	4.574	2.352		1.945	.057
	Вкупно време на обука	-.401	.433	-.075	-.926	.358
	Вид и обем на услуги за РИД што ги обезбедуваат професионалци	.034	.109	.024	.310	.758
	Профил на развојни состојби на детето	.292	.124	.284	2.361	.022
	Времетраење на посетата	.597	.155	.640	3.861	.000
	Модел на интеракција за испорака на услуги	-.110	.156	-.109	-.706	.483
	Предизвици на РИД системот и потреби за капацитет	-.248	.169	-.118	-1.472	.147

а. Зависна променлива: Распределба на социоекономскиот статус на семејството

Статистиката за резидуали не укажува на поголеми прекршувања на регресивните претпоставки. Стандардизираниите резидуали спаѓаат во прифатливи опсези, вредностите на Куковото растојание се ниски, а вредностите на леверицот не укажуваат на влијателни отстапувања. Затоа, моделот изгледа статистички стабилен.

Табела 56 Резидуална дијагностика за регресиониот модел што ја предвидува распределбата на семејниот социоекономски статус

Статистика за остатоци^а

	Минимална	Максимална	Средна	Стандардна девијација	N (број на единици)
Предвидена вредност	1.2827	17.9056	7.4818	4.88146	64
Стандардна предвидена вредност	-1.270	2.135	.000	1.000	64
Стандардна грешка на предвидената вредност	.685	2.154	1.114	.330	64
Прилагодена предвидена вредност	1.1166	19.5765	7.4646	4.89230	64
Остаток	-7.61731	9.62221	.00000	3.33946	64
Стандарден остаток	-2.170	2.741	.000	.951	64
Студ. остаток	-2.361	2.857	.002	1.027	64
Изоставен остаток	-9.01912	10.45463	.01720	3.91824	64
Студ. изоставен остаток	-2.464	3.059	.005	1.058	64
Махал. растојание	1.416	22.735	5.906	4.376	64
Куково растојание	.000	.313	.027	.061	64
Центрирана вредност на левериц	.022	.361	.094	.069	64

а. Зависна променлива: Распределба на социоекономскиот статус на семејството

Ревидираната хипотеза Х_{ба} предложи дека распределбата на социоекономскиот статус на семејството е значително предвидена од структурни фактори и фактори поврзани со услугите, особено времетраењето на посетата и профилот на развојните состојби на детето, додека се контролираат други варијабли на работната сила и системот. Резултатите

ја поддржуваат оваа ревидирана хипотеза. Времетраењето на посетата и профилот на развојните состојби на детето значително ја предвидуваат распределбата на социоекономскиот статус на семејството, додека предизвиците на системот за економско и интензивно вработување и потребите за капацитет не покажуваат независен ефект. **Ревидираниот Хба е поддржан. Наодите сугерираат дека интензитетот на услугите и развојната комплексност на децата на кои им се служи се посилни детерминанти на социоекономскиот дофат отколку перцепираните предизвици на ниво на систем.**

Квалитативни резултати

Овој дел се осврнува на истражувачкото прашање преку комбинирање на докази од триангулација (шеми на анкети/графикони), перцепции од фокус групи и најдоследни препораки и од професионалци и од родители. Низ сите извори на податоци, организациите што испорачуваат семејно-центрирана РИД во Косово се соочуваат со меѓусебно поврзани бариери: стигма и социјална исклученост, слаби податоци и капацитет за планирање, ограничена институционална свест, нееднаков пристап до рурални/малцинства и нецелосна политичка и регулаторна рамка. Овие ограничувања го намалуваат досегот на услугите, го одложуваат навременото запишување и го ограничуваат подобрувањето на квалитетот бидејќи следењето и координацијата на системот остануваат фрагментирани. Како одговор на тоа, професионалците и родителите се согласуваат околу препораките фокусирани на јакнење на родителите, намалување на стигмата, информирање преку домашни посети и посилна државна посветеност преку финансирање и координација.

Табела 57 Системски бариери и олеснувачи во услугите за РИД: правни, структурни и теми поврзани со пристапот

Теми	Цитати
Правните и регулаторните празнини го ослабуваат обезбедувањето услуги и одговорноста	„Без усвојување на закон што ги уредува правата и поддршката за децата со посебни потреби, ова не може да се реализира.“ - Б10
Нејасното препознавање на попреченоста создава конфузија и одложувања во пристапот	„Родителите се збунети... аутизмот сè уште не се смета за попреченост според законот.“ - Б12
Доцнењето на запишувањето ги поткопува резултатите и довербата во семејството	„Кога го оставаат да чека една до две години, тоа не е рана интервенција.“ - Б20

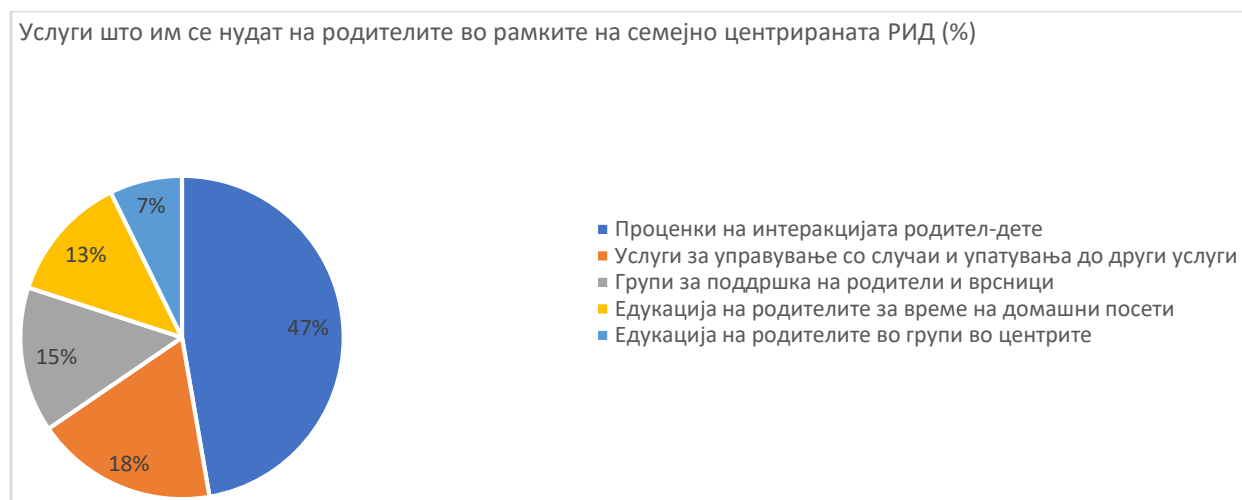
Теми	Цитати
Ограничениот досег и слабите патишта за упатување ги држат семејствата неинформирани	„Не знаев дека има центар во мојот град.“ - Ц6
Неформалните информациски канали ги заменуваат структурираните системи	„Ме информираше пријател.“ - Ц19
Финансискиот притисок го намалува учеството и континуитетот	„Морав да престанам да работам за да го носам детето.“ - Ц11
Интензитетот на услугите се смета за фактор за олеснување на напредокот	„Кога сесиите се поинтензивни, имаме најголем успех.“ - Б6
Дисконтинуитетот по 18-годишна возраст одразува голем системски јаз	„По 18 години немаат место каде да продолжат со третман.“ - Б16

Организациските предизвици се првенствено системски (празнини во политиките, слабо управување, ограничени податоци, недоволно финансирање), но тие се засилени од социјалната стигма, нееднаквиот пристап до руралните средини и практичните бариери што го ограничуваат учеството на семејството. Професионалците нагласуваат стандардизација, мултидисциплинарен капацитет, ран скрининг и координирано управување, додека родителите нагласуваат јавно финансирање, близина на услугите, олеснување на транспортот и психолошка поддршка. Најсилните заеднички приоритети се: проширување на услугите финансирани од државата, градење структуриран теренски пристап и посети на домовите, зголемување на едукацијата и поддршката на родителите и водење напори за застапување за намалување на стигмата, така што услугите ќе станат порамноправни, континуирани и навистина центрирани кон семејството низ целото Косово.

4.8 Перцепција на професионалците и родителите на моменталните нивоа на еднаквост, вклученост и досег во услугите за интервенција во раното детство фокусирани на семејството, особено во однос на ранливите доенчиња, малите деца и оние во оддалечените рурални области

4.8.1 Видови услуги што им се даваат на родителите во РИД

Графиконот го илустрира опсегот на услуги што им се нудат на родителите во рамките на семејно центрираната рана интервенција во детството. Најчестата услуга се проценките на интеракцијата родител-дете, што ја пријавиле речиси половина од испитаниците (47,27 %, N = 26). Ова откритие истакнува дека професионалците даваат приоритет на оценувањето и поддршката на квалитетот на односот родител-дете како централен столб за развојот на детето. Ваквите проценки служат и како суштинска алатка за прилагодување на интервенциите кон потребите на семејството.



Слика 12 Видови услуги што им се обезбедуваат на родителите во интервенција на раното детство

Другите форми на комуникација и поддршка се чини дека се поретки, но сепак значајни. Услугите за управување со случаи и упатувањата до други услуги сочинуваат 18,18 % (N = 10), што покажува дека професионалците често дејствуваат како координатори за да ги поврзат семејствата со дополнителни ресурси. Едукацијата на родителите за време на домашните посети (12,72 %, N = 7) и едукацијата на родителите во групите во центрите (7,27 %, N = 4) покажуваат насочени обиди за опремување на родителите со знаење и вештини, иако тие остануваат недоволно искористени во споредба со проценките. Конечно,

групите за поддршка на родители и врсници (14,54 %, N = 8) одразуваат напор за поттикнување на врсничкото учење и емоционалната поддршка, кои се вредни, но сè уште не се широко интегрирани. Дискусиите од фокус групите нагласија дека најшироко обезбедената услуга останува проценката на интеракцијата родител-дете. Ова го одразува приоритетот на професионалците за разбирање на семејната динамика и соодветно прилагодување на интервенциите. Сепак, и родителите и професионалците истакнаа дека оваа форма на поддршка, иако важна, не е доволна за целосно оспособување на семејствата.

Родителите постојано ја истакнуваа вредноста на домашните посети каде што професионалците обезбедуваат директни демонстрации и насоки во рамките на природната средина на детето. Овие интеракции им помагаат на семејствата да ги преточат советите за развој во дневни рутини. Сепак, ваквите посети често се ограничени по обем, попречени од недостаток на средства или двоумење на родителите поради стигма. Професионалците се согласија дека стигмата и недостатокот на знаење често ги спречуваат семејствата активно да се вклучат. Едукацијата на родителите и групите за поддршка на врсници беа опишани како многу корисни, но недоволно искористени. Семејствата изразија желба за поструктурирани едукативни сесии, советување и можности за споделување искуства со други родители. Во меѓувреме, професионалците признаа дека без континуирано образование и емоционална поддршка, многу родители се чувствуваат преоптоварени или неподготвени ефикасно да му помогнат на своето дете.

Професионалците, исто така, објавија дека иако неделните тимски состаноци и употребата на развојни контролни листи помагаат во следењето на напредокот, соработката со надворешни експерти (психолози, терапевти, медицински специјалисти) останува недоследна и честопати базирана на проекти, а не систематска. Родителите го повторија овој предизвик преку приказни за доцнење во запишувањето, недостаток на координација и емоционална вознемиреност додека чекаат услуги. Во исто време, родителите ценеа кога беа вклучени во почетното планирање и донесување одлуки, што ги натера да се чувствуваат почитувани како партнери, иако услугите за семејството како целина ретко се дискутираа. Доказите покажуваат дека комуникацијата помеѓу професионалците и родителите е сè уште во голема мера фокусирана на проценки, со помалку можности за континуирано образование, домашни посети и поддршка од врсници. Оваа нерамнотежа го намалува потенцијалот на раната интензивна нега да функционира како модел на услуги

ориентиран кон семејството. Семејствата сакаат да бидат информирани, овластени и ангажирани, но стигмата, лошата координација, ограничената свест и финансиските ограничувања стојат на патот. Ефективната комуникација, кога се проширува надвор од проценките во образование, советување и конзистентна соработка, има моќ да ги трансформира резултатите и за децата и за нивните семејства. Цитатите се дадени подолу:

„Потребно е проширување на едукацијата и поддршката на родителите преку обука, советување, групи на врсници.“ - професионалец

„Би се радувал ако има зголемување на услугите за домашни посети, тие да станат редовни, практични, без стигма.“ - професионалец

„Треба да се зајакне мултидисциплинарната соработка со вклучување на психолози, терапевти, едукатори и да има централизирано следење.“ - професионалец

4.8.2 Предизвици на персоналот во однос на информирањето и инклузијата

Табелата визуелно ги претставува двете главни пречки со кои се соочува персоналот при обезбедување услуги за рана интервенција во детството. Најголемиот дел од одговорите (52 %) укажува на стигма и недостаток на вклученост на децата со развојни попречености во заедниците. Ова укажува дека општествените перцепции и исклучувањето остануваат примарен предизвик, обликувајќи го и семејниот ангажман, и можностите на децата за интеграција.

Во меѓувреме, 48 % од одговорите го истакнуваат недостатокот на свест за услугите за РИД меѓу националните, регионалните и општинските власти. Ова одразува структурен предизвик, каде што недоволното институционално знаење и приоритизација го ограничуваат развојот и одржливоста на сеопфатните програми за РИД.

Табела 58 Предизвици на персоналот во врска со информациите во услугите за РИД

Предизвик на персоналот во врска со информациите	N (број на единици)	%
Стигма и недостаток на вклученост на децата со развојни попречености во заедниците	37	52.11
Недостаток на свест за услугите за РИД од страна на националните, (регионалните) и општинските власти	34	47.88

Дискусиите во фокус групите ги потврдија овие наоди, истакнувајќи дека стигмата и дезинформациите честопати ги спречуваат родителите да побараат помош, додека слабите владини структури и недостатокот на средства го намалуваат континуитетот на услугите. Професионалците ја нагласија важноста на индивидуализираните планови, домашните посети и координацијата на тимот, но признаа дека стигмата, ограниченото знаење меѓу родителите и недоследната соработка остануваат пречки. Родителите, пак, ги нагласија тешкотиите со долгото време на чекање, емоционалниот стрес и недостатокот на систематска поддршка, иако ја ценеа вклученоста во почетното планирање на услугите. И општествената стигма, и владината несвесност се зајакнуваат меѓусебно, создавајќи циклус на исклучување, ограничен пристап и недоволно финансирани услуги. Без да се справат со овие двојни предизвици, услугите за РИД не можат да постигнат вистински пристап центриран кон семејството. Затоа, ефективната комуникација, институционалното признавање и прифаќањето од заедницата се клучни за обезбедување позитивни резултати за децата и семејствата. Цитатите се дадени подолу:

„Потребно е подигање на свеста и намалување на стигмата преку кампањи и застапување на родителите.“ - родител

„Треба да се обезбеди институционална поддршка со бесплатни/јавно финансирани услуги за рано идно закрепнување и централизирано следење.“ - професионалец

„Треба да се зајакнат професионалните практики преку домашни посети, мултидисциплинарна тимска работа и континуирана обука.“ - професионалец

4.8.3 Препораки за персоналот за подобро информирање

Табелата ги прикажува препораките на персоналот за зајакнување на протокот на информации и поддршката во интервенцијата во раното детство . Најголемиот дел (45 %) од препораките ја нагласуваат потребата од нудење повеќе услуги за едукација и поддршка за родители. Ова укажува дека професионалците го гледаат овластувањето на родителите со знаење, вештини и континуирано водство како најефикасна стратегија за да се обезбеди дека семејствата можат активно да го поддржат развојот на своите деца.

Втората најчеста препорака (30 %) е да се обезбедат повеќе услуги за домашна посета. Ова го одразува препознавањето на важноста на директната, персонализирана комуникација во домашната средина, каде што професионалците можат да ја набљудуваат

семејната динамика и да ги прилагодат своите упатства на контекстите од реалниот живот. Конечно, 25 % од препораките ја истакнуваат потребата од висококвалитетни и сеопфатни развојни проценки на децата и семејствата. Ова ја истакнува улогата на евалуацијата заснована на докази во обликувањето на индивидуализираните интервенции и обезбедувањето услугите да бидат усогласени со специфичните развојни потреби на децата.

Табела 59 Препораки на персоналот за подобрување на информациите во услугите за РИД

Препораки од персоналот за подобра информираност	N (број на единици)	%
Обезбедување повеќе услуги преку домашни посети	27	29.67
Понуда на повеќе програми за едукација и поддршка на родителите	41	45.05
Обезбедување висококвалитетни и сеопфатни процени за развојот на детето и семејството	23	25.27

Наодите од фокус групите ги зајакнуваат резултатите од графиконот покажувајќи дека професионалците и родителите ја гледаат едукацијата на родителите, домашните посети и развојните проценки како централни за подобар проток на информации во РИД. Професионалците објаснија дека поедноставените, индивидуализирани планови, демонстрациите за време на терапијата и вклучувањето на целото семејство - особено за децата со аутизам - се клучни за да им се помогне на родителите да продолжат со развојните активности дома. Домашните посети и проектите во заедницата, иако се високо ценети, честопати се краткотрајни поради ограничено финансирање или стигма. Родителите изразија мешани чувства: некои го поздравуваат водството, други се двоумат поради непријатност или културни бариери.

Тимската соработка беше опишана како редовна во рамките на организациите, иако пошироката мултидисциплинарна координација е ретка и претежно базирана на проекти. Професионалците ја истакнаа важноста на раниот скрининг, централизираните системи за следење и државното финансирање за да се обезбеди континуитет и еднаков пристап. Родителите, од друга страна, ги истакнаа доцнењата, емоционалниот стрес и недоволните можности за повратни информации, но исто така ја препознаа вредноста на вклучувањето во почетното планирање на услугите. Зајакнувањето на информациите во РИД бара пристап ориентиран кон семејството, на повеќе нивоа. Родителите сакаат јасно, континуирано

водство, емоционална поддршка и вклучување во планирањето, додека професионалците ја нагласуваат потребата од структурирани системи, државна поддршка и континуирана обука. Без справување со стигмата, финансиските бариери и слабата координација, потенцијалот на раната детска институционална поддршка за подобрување на резултатите кај децата останува ограничен. Подолу се дадени цитатите:

„Посакувам проширување на родителската едукација и поддршка преку структурирана обука, советување, групи на врсници.“ - професионалец

„Зајакнување на услугите за посета на домови кои терба да се редовни, практични демонстрации без стигма.“ - професионалец

4.8.4 Препораки за родители за подобра информираност

Табелата ги покажува приоритетите на родителите во однос на тоа како информациите и поддршката во интервенцијата во раното детство можат да се подобрат. Најголемиот дел (39 %) од родителите препорачуваат нудење повеќе услуги за едукација и поддршка за родители. Ова го истакнува силниот интерес кај семејствата за практично водство, градење капацитети и континуирана поддршка, што може да ги оспособи да ги задоволат развојните потреби на своите деца.

Вториот приоритет (31 %) е да се обезбедат висококвалитетни и сеопфатни развојни проценки на детето и семејството. Родителите јасно ја препознаваат вредноста на точните и деталните проценки при идентификувањето на силните страни и потребите на нивното дете, што потоа информира за соодветни интервенции. Процентот на проширување на услугите за домашни посети за РИД предложен од родителите е 30%. Ова покажува дека семејствата ја ценат персонализираната поддршка во домот, каде што професионалците можат да обезбедат прилагодени совети и да го зајакнат учењето во природната средина на детето.

Табела 60 Препораки од родителите за подобрување на информациите во услугите за РИД

Препораки од родители за подобра информираност	N (број на единици)	%
Обезбедување повеќе услуги за РИД со домашна посета	34	30.08
Нудење повеќе услуги за едукација и поддршка на родителите	44	38.93

Наодите од фокус групите ги истакнуваат и силните страни и предизвиците на испораката на услуги за РИД. Професионалците се фокусираат на јакнење на родителите преку индивидуализирани планови, набљудувања на терапијата и домашни посети, но стигмата и недостатокот на знаење кај семејствата често го ограничуваат ангажманот. Проектите во заедницата и директните демонстрации се покажаа како вредни, но сепак се ограничени од финансирањето и културните бариери. Редовните состаноци на тимот помагаат во одржувањето на координацијата, но соработката со надворешни професионалци останува фрагментирана и недоследна.

Родителите опишаа мешани искуства: некои брзо пристапија до терапија по дијагнозата, додека други се соочија со долго време на чекање што создаде стрес и неизвесност. Многу родители ги ценеа јасните насоки откако започнаа услугите, известувајќи за подобрувања во комуникацијата, однесувањето и емоционалната благосостојба на нивните деца. Сепак, недостатоците продолжуваат да се појавуваат во обезбедувањето советување и поддршка за целото семејство, а можностите родителите да даваат повратни информации или да влијаат на услугите често се ограничени. Емоционалните борби, чувствата на изолација и стигмата остануваат значајни бариери. Наодите покажуваат дека иако услугите за РИД нудат важни придобивки, тие често се поткопани од стигмата, ограничената координација, финансиските бариери и слабата системска поддршка. На семејствата им е потребна не само терапија за деца, туку и емоционална, образовна и социјална поддршка за целосно да учествуваат како партнери во процесот на интервенција. Ефективната, семејно ориентирана рана интензивна нега бара ран скрининг, одржливо финансирање, мултидисциплинарна соработка и вистинско родителско вклучување. Цитатите се дадени подолу:

„Потребно е зајакнување на едукацијата и вклученоста на родителите преку структурирана обука, емоционална поддршка, советување и активно учество во планирањето.“ - професионалец

„Потребно е проширување на услугите за посета на домови и услугите во заедницата преку обезбедување директни демонстрации, намалување на стигмата и обезбедување континуитет.“ - професионалец

„Обезбедување на ран и сеопфатен скрининг преку интегрирање на задолжителни психолошки и развојни проверки во рутинската здравствена заштита. - професионалец

Пирсоновиот Хи-квадрат тест даде вредност од $\chi^2(10) = 27.000$ со 10 степени на слобода. Резултатот беше статистички значаен, со р-вредност од 0,003. Ова укажува на значајна поврзаност помеѓу изворот на информации за услугите за РИД и видот на услуги што детето моментално ги користи, вклучително и запишувањето во инклузивни јасли или градинки. Со други зборови, разликите забележани во користењето на услугите врз основа на тоа како семејствата првпат слушнале за услугите за рана детска нега не се случајни, туку одразуваат конзистентен и значаен модел. Овие наоди сугерираат дека начинот на кој семејствата се информираат, без разлика дали преку здравствени професионалци, мрежи во заедницата, медиуми или други извори, може да влијае на видовите услуги до кои пристапуваат за своето дете. Ефективното и точно ширење на информации се чини дека игра клучна улога во поврзувањето на семејствата со инклузивните услуги за рано детство и обезбедувањето дека децата имаат корист од достапните опции за поддршка.

Наодите покажуваат дека услугите за рана интервенција во детството сè уште се доминирани од оценките на интеракцијата родител-дете, додека подеднакво важните пристапи како што се домашните посети, едукацијата на родителите и групите за поддршка на врсници остануваат недоволно искористени. Дискусиите во фокус групите открија дека родителите го ценат директното водство, емоционалната поддршка и можностите за активно вклучување, но бариерите како што се стигмата, недостатокот на свест, финансиските тешкотии и слабата институционална координација честопати ги спречуваат семејствата целосно да ги користат услугите. Професионалците, исто така, истакнаа дека соработката меѓу институциите и експертите е неконзистентна, а без посилна системска поддршка, семејствата се соочуваат со одложувања и нееднаков пристап до квалитетни услуги. Генерално, доказите сугерираат дека за да се направи РИД навистина семејно ориентирана, службите мора да дадат приоритет на практичната комуникација, раните скрининзи и континуираното родителско јакнење. Справувањето со стигмата на ниво на

заедницата и подигањето на свеста меѓу институциите се од клучно значење за намалување на исклучувањето, додека јавното финансирање, мултидисциплинарната тимска работа и структурираните повратни информации од родителите можат да обезбедат одржливост. Накратко, РИД мора да се движи подалеку од еднонасочните проценки кон сеопфатен, инклузивен и колаборативен модел што ги опремува семејствата со знаењето и поддршката потребни за подобрување на развојните резултати на децата.

X7a - Постојат разлики меѓу родителите и професионалците во пријавените приоритетни препораки за подобрување на услугите за РИД.

За да се тестира хипотезата X7a, беше спроведена анализа на Хи-квадрат за да се испита дали постојат разлики помеѓу групите на засегнати страни во нивните пријавени приоритетни препораки за подобрување на услугите за економско-интензивна нега. Анализата ги спореди категорични одговори поврзани со професионалните карактеристики и приоритетите на услугите. Целта беше да се утврди дали усогласеноста со перцепцијата на засегнатите страни значително се разликува помеѓу групите. Анализата вклучуваше 72 валидни случаи (98,6 %), така што само еден случај недостасуваше (1,4 %), што укажува дека збирот на податоци е речиси комплетен и погоден за статистичко тестирање.

Табела 61 Резиме на обработка на случаи за општина и вид и обем на услуги за економско-индустриска заштита

Резиме на обработка на случајот

	Случаи					
	Валидни		Недостасуваат		Вкупно	
	N (број на единици)	Проценти	N (број на единици)	Проценти	N (број на единици)	Проценти
Во кои општини работите моментално? * Вид и обем на услуги за економско-интензивна	72	98.6 %	1	1.4 %	73	100.0 %

нега што ги обезбедуваат професионалци		
---	--	--

Пирсоновиот хи-квадрат тест беше статистички значаен, $\chi^2(255) = 312,150$, $p = 0,008$, што укажува дека постојат разлики меѓу групите на засегнати страни во нивните пријавени приоритети. Ова првично укажува дека перцепциите на засегнатите страни можеби не се целосно усогласени. Сепак, важно е да се напомене дека 100 % од клетките имаа очекуван број под 5, со минимален очекуван број од 0,01. Ова претставува сериозно кршење на претпоставките за хи-квадрат и ја ограничува веродостојноста на резултатот од Пирсоновиот хи-квадрат. Затоа, иако П-вредноста е статистички значајна, валидноста на овој резултат мора да се толкува претпазливо. Коефициентот на веројатност не беше значајна ($p = 1,000$), а тестот за линеарна-линеарна асоцијација исто така не беше значајна ($p = 0,273$), што укажува на отсуство на конзистентен линеарен модел во разликите меѓу групите.

Табела 62 Хи-квадрат тестови за поврзаност помеѓу општината и видот и обемот на услугите за РИД што ги обезбедуваат професионалци

Тестови со хи-квадрат

	Вредност	df (степени на слобода)	Асимптотска значајност (двострана)
Пирсонов Хи-квадрат	312.150 ^a	255	.008
Однос на веројатност	143.886	255	1.000
Линеарна-линеарна асоцијација	1.200	1	.273
Број на валидни случаи	72		

а. 312 ќелии (100,0 %) имаат очекуван број помал од 5. Минималниот очекуван број е 0,01.

Мерките за големината на ефектот даваат дополнително разјаснување.

- Пирсоновиот $P = 0,130$ ($p = 0,276$) укажува на слаба и незначајна поврзаност.
- Спирмановата корелација $= 0,233$ ($p = 0,049$) покажува мала, но статистички значајна поврзаност на ординално ниво.

Иако Спирмановата корелација сугерира скромна поврзаност помеѓу групата на засегнати страни и приоритетните препораки, вкупната големина на ефектот е мала, што укажува на ограничени практични разлики.

Табела 63 Симетрични мерки за поврзаноста помеѓу општината и видот и обемот на услугите за РИД

Симетрични мерки

		Вредно ст	Асимптотска стандардна грешка ^a	Приближно T^b	Приближна значајност
Интервал по интервал	Пирсоново P	.130	.142	1.097	.276 ^c
Реден број по реден број	Спирманова корелација	.233	.113	2.002	.049 ^c
Бр. на валидни случаи		72			

а. Непретпоставување на нултата хипотеза.

б. Користење на асимптотската стандардна грешка претпоставувајќи ја нултата хипотеза.

в. Врз основа на нормална апроксимација.

Хипотезата H_7a предложи дека постојат разлики помеѓу родителите и професионалците во нивните пријавени приоритетни препораки за подобрување на

услугите за РИД. Пирсоновиот хи-квадрат тест сугерира статистички значајни разлики. Сепак, поради сериозни прекршувања на претпоставките за хи-квадрат и малите големини на ефектите, силата и сигурноста на овие разлики се ограничени. Значајната Спирманова корелација укажува на скромна ординална поврзаност, што укажува на одреден степен на дивергенција во перцепциите на засегнатите страни. Затоа, **X7a е делумно поткрепена. Иако статистичките докази сугерираат разлики помеѓу групите засегнати страни, практичната големина на овие разлики се чини мала, а резултатите треба да се толкуваат со претпазливост.**

Професионалците и родителите ја опишуваат еднаквоста, вклученоста и досегот во услугите за рана интервенција во детството центрирани кон семејството во Косово како нееднакви, особено за ранливите доенчиња, малите деца и семејствата што живеат во оддалечени рурални области. Комбинираните докази од графикони, табели, фокус групи и статистички тестови покажуваат дека услугите сè уште се во голема мера базирани на центри и фокусирани на проценка, додека механизмите за досег, како што се структурирана едукација на родителите, домашни посети и координирани системи за упатување, не се целосно институционализирани. Како резултат на тоа, пристапот во голема мера зависи од географијата, свеста и финансискиот капацитет, а не од универзалното право. ИП7 прашува како професионалците и родителите ги перцепираат сегашните нивоа на еднаквост, вклученост и досег. Наодите покажуваат дека еднаквоста не е само за постоењето на услугите, туку и за тоа дали семејствата реално можат да пристапат, да ги одржат и да имаат корист од нив. Родителите известуваат дека долгите растојанија, трошоците за превоз, недостатокот на информации и емоционалниот стрес влијаат на учеството. Професионалците ги нагласуваат стигмата, слабата институционална приоритизација и ограничената меѓусекторска координација како главни пречки. Заедно, овие фактори создаваат нееднаквости помеѓу урбаните и руралните области и помеѓу информираните и неинформираните семејства. Најчесто пријавуваната услуга што им се дава на родителите е проценка на интеракцијата родител-дете, што претставува 47,27 проценти од одговорите. Ова покажува дека професионалците даваат приоритет на оценувањето на релациската динамика и соодветно прилагодување на плановите за интервенција. Иако ова е во согласност со принципите на семејно фокусирање, и родителите и професионалците се согласуваат дека само проценката не ги овластува целосно семејствата.

Другите услуги вклучуваат управување со случаи и упатувања, едукација на родителите за време на домашните посети, едукација на родителите во групи во центарот и групи за поддршка на врсници. Сепак, овие услуги се чини дека се помалку доследно интегрирани во системот. Фокус групите откриваат дека семејствата ги ценат демонстрациите во домот и практичните упатства што можат да се имплементираат во секојдневните рутини, но овие можности се ограничени поради ограничувањата во финансирањето и двоумењето поврзано со стигмата.

Доказите сугерираат дека комуникацијата во РИД останува во голема мера центрирана на проценката, со помалку структурирани можности за континуирано образование, емоционална поддршка и ангажирање на врсници. Ова го ограничува потенцијалот за досег на РИД, особено во руралните области.

Без да се решат и општествените ставови и институционалните празнини, услугите за РИД не можат да постигнат целосна вклученост.

И професионалците и родителите покажуваат силна конвергенција во нивните препораки.

Приоритетите на персоналот вклучуваат:

- Услуги за едукација и поддршка на родителите, 45,05 проценти
- Услуги за домашна посета, 29,67 проценти
- Висококвалитетни и сеопфатни развојни проценки, 25,27 проценти

Приоритетите на родителите вклучуваат:

- Услуги за образование и поддршка на родителите, 38,93 проценти
- Сеопфатни развојни проценки, 30,97 проценти
- Услуги за посета на домови, 30,08 проценти

Ова усогласување покажува заедничко признание дека инклузијата се подобрува кога семејствата добиваат структурирано водство, редовни услуги во домот што ги намалуваат логистичките бариери и сигурни проценки поврзани со јасни планови за интервенција.

Пирсоновиот хи-квадрат тест даде $\chi^2(10) = 27.000$ со $p = .003$, што укажува на значајна поврзаност помеѓу изворот на информации за услугите за РИД и видот на услуги што децата моментално ги користат, вклучително и запишувањето во инклузивни јасли или градинки. Ова значи дека начинот на кој семејствата прво учат за РИД влијае на нивото и видот на поддршката до која пристапуваат. Структурираните и професионалните патишта за упатување се чини дека се поефикасни во поврзувањето на семејствата со инклузивни услуги отколку неформалните мрежи.

Хипотезата Х7а тестираше дали постојат разлики помеѓу родителите и професионалците во нивните пријавени препораки за приоритети. Иако резултатот од Пирсоновиот хи-квадрат беше статистички значаен, табелата ги прекрши клучните претпоставки поради реткиот број на ќелии. Мерките за големината на ефектот укажуваат на мали практични разлики. Затоа, перцепциите на засегнатите страни се во голема мера усогласени, со само мали варијации во акцентот.

Табела 64 Клучни теми и докази за информации, инклузија и информирање во семејно-центрираната РИД (ИП7)

Теми	Цитати
Проценката доминира во моменталната испорака на услуги	„Најшироко обезбедената услуга останува проценката на интеракцијата родител-дете.“
Стигмата е примарна пречка за инклузија	„Стигма и недостаток на вклученост на децата со развојни попречености во заедниците.“ (Табела 25)
Несвесноста на ниво на владата го ограничува досегот на информации	„Недостаток на свест за услугите за РИД од страна на националните, регионалните и општинските власти.“ (Табела 25)
Професионалците даваат приоритет на едукацијата на родителите	„Нудење повеќе услуги за родителска едукација и поддршка.“ (Табела 26)
Домашните посети се сметаат за неопходни за досегот на информации	„Обезбедување повеќе услуги за домашна посета.“ (Табела 26)

Теми	Цитати
Родителите бараат структурирано водство и овластување	„Нудење повеќе услуги за родителска едукација и поддршка.“ (Табела 27)
Родителите ги ценат сеопфатните проценки	„Обезбедување висококвалитетни и сеопфатни развојни проценки на децата и семејствата.“ (Табела 27)
Патиштата на информации го обликуваат пристапот до инклузивни услуги	„Значајна поврзаност помеѓу изворот на информации и видот на услуги што детето моментално ги користи.“ ($\chi^2(10) = 27.000$, $p = .003$)

Професионалците и родителите ги перцепираат моменталните нивоа на еднаквост, вклучување и досег во услугите за РИД како неконзистентни и географски нееднакви. Услугите остануваат во голема мера фокусирани на проценка и институционални услови, додека структурираниот досег, едукацијата на родителите и поддршката дома не се целосно вградени во системот. Стигмата и институционалната несвесност претставуваат две најсилни пречки за инклузивен пристап. Сепак, постои силна усогласеност меѓу групите на засегнати страни во однос на решенијата. И двете нагласуваат проширување на едукацијата за родители, редовните услуги за домашни посети, сеопфатните проценки и посилното јавно финансирање. Движењето кон вистински семеен и правичен систем за РИД во Косово бара координирана институционална реформа, одржливи државни инвестиции, иницијативи за намалување на стигмата и структурирани механизми што ги овластуваат семејствата како активни партнери во раната интервенција.

V. ДИСКУСИЈА

Дискусија подолу е поврзана со секое истражувачко прашање индивидуално. Верификацијата на хипотезите е дадена во претходното поглавје согласно поставените методолошки параметри.

Во однос на **првото истражувачко прашање** - [Како различните фактори, вклучувајќи ги условите на децата, економскиот статус и географската локација, колективно влијаат врз достапноста и влијанието на услугите за рана интервенција фокусирани на семејството за деца под 6 години во Косово?] податоците односно резултатите добиени од студијата и нивната анализа се дадени во глава 4. Дискусијата дадена подолу е поделена на подсекции. Според (Hix-Small & Ilić, 2017) и (Camovic & Besirovic-Karabegovic, 2022), семејствата што живеат во руралните региони имаат предизвици при обидот да пристапат до услуги во Србија и Црна Гора, бидејќи поголемиот дел од објектите се наоѓаат во урбани средини. Според (Ljubešić & Šimleša, 2016), кои исто така тврдат дека постојат споредливи нееднаквости помеѓу руралните и урбаните региони, децата што живеат во рурална Хрватска добиваат помалку интервенции и имаат помалку можности за инклузивно вклучување. (Tutnjević & Vilendečić, 2021) наведуваат дека друг проблем во Босна и Херцеговина е недостатокот на програми за рана интервенција во детството базирани на проекти надвор од големите урбани средини. Доказите од студиите низ целиот свет сугерираат дека географските фактори влијаат врз еднаквоста на РИД. Тајната на достигнувањата на Португалија во искоренувањето на нееднаквостите, како што наведуваат (Pinto, et al., 2009), беше широката мрежа на РИД што го овозможи пристапот за сите, вклучително и во оддалечените области. Според (Jimenez-Arberas, et al., 2024), областите со ниски приходи во Шпанија забележаа значително подобрување во пристапноста до услугите преку проекти за телеинтервенција. Според (McManus, et al., 2020), семејствата што живеат во руралните области на САД имаат подолго време на чекање и полоши нивоа на услуги, што е поврзано со лоши развојни исходи. За да го премости јазот меѓу регионите, косовската влада мора да го зголеми финансирањето за децентрализирани услуги, да дизајнира решенија за телездравство што се компатибилни едни со други и да изгради повеќе мобилни единици и единици базирани во заедницата. Нееднаквата

распределба на потенцијалот за РИД ќе продолжи, влошувајќи ги циклусите на сиромаштија, освен ако не се решат овие географски проблеми.

Состојба на децата

Децата во Косово можеби не секогаш ќе можат да добијат третмани за рана интервенција во детството поради сложената мрежа на развојни карактеристики. Третманот често е резервиран за деца со многу попреченост, како што се оние со Даунов синдром или церебрална парализа, или за деца кои далеку заостануваат во достигнувањето на развојните пресвртници. Бидејќи нивните лекари често ги забележуваат нивните појасни преференции, овие деца добиваат врвна грижа. За жал, овој метод не е доволен за сите деца; некои може да не добијат третман за проблеми во однесувањето или индикации за нарушувања на менталното здравје, додека други може да живеат во небезбедни ситуации како резултат на околности како што се сиромаштија или злоупотреба. Луѓето може да останат нетретирани подолг временски период бидејќи проблемите може да бидат тешко видливи без постојано следење.

Доцнењата во потребните мерки предизвикани од недоволни технологии за рано откривање и фрагментирани системи за упатување ги влошуваат нееднаквостите. Студиите спроведени во одредени области постојано покажуваат одредени модели. За разлика од децата со очигледни физички аномалии, децата во Србија и Црна Гора кои имаат социјални, емоционални или проблеми во однесувањето често се игнорираат, според (Nedović et al., 2016) и (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Многу деца со комплицирани или нијансирани потреби остануваат нетретирани подолг временски период поради неефикасниот систем на Хрватска за континуирана развојна евалуација, како што забележуваат (Ljubešić & Šimleša, 2016). (Tutnjević & Vilendečić, 2021) наведуваат дека неправедните процедури за упатување и идентификација во Босна и Херцеговина се предизвикани од недоследни процеси.

Според истражувања од целиот свет, постои итна потреба од стандардизиран систем за рано откривање кој е и темелен и конзистентен. Интегрирањето на интервенцијата во раното детство во програмите за примарна здравствена заштита и рано образование со сеопфатни развојни евалуации е неопходно за РИД да биде правична, според (Espe-Sherwindt and Serrano, 2016). Се препорачува вклучување на членовите на семејството во

тестовите со цел да се идентификуваат комплицирани развојни проблеми (Raver & Childress, 2015). Според (Mas J. M., et al., 2022), пристапите центрирани кон семејството кои даваат приоритет на комуникацијата се клучни за да се обезбеди дека децата ја добиваат потребната поддршка. Според (Mas J. M., et al., 2019), стапките на инклузија во Португалија бележат значително зголемување откако е воведен универзалниот мониторинг на развојот. Косово треба да даде приоритет на создавањето сеопфатен систем за рана дијагноза и упатување ако сака да ги елиминира развојните нееднаквости. Со гледање подалеку од најочигледните барања, Косово може да биде во можност да му помогне на секое дете навремено.

Општ економски статус на семејствата

Побогатите семејства би можеле да си дозволат приватни терапии или можеби да одат во странство за да го надоместат она што му недостасува на јавниот систем. Сепак, постојат голем број меѓусебно поврзани предизвици со кои се соочуваат семејствата со ниски приходи. Бидејќи не можат да си дозволат приватни интервенции, семејствата и домаќинствата стануваат уште понестабилни кога родителите, особено жените, се принудени да ги напуштат своите работни места за да се грижат за своите деца (Ljubešić & Šimleša, 2016). Овој бесконечен циклус на недостапност до услугите за РИД дополнително ги изолира семејствата и децата. Студиите спроведени на регионално ниво, исто така, покажаа слични карактеристики. Некои студии покажаа дека домаќинствата со ниски приходи во Србија, Црна Гора и Хрватска плаќаат непропорционален износ за здравствена заштита, транспорт и нега. Овие студии ги вклучуваат (Camović & Becirovic-Karabegovic, 2022). Иако третманот не е законски скап во Босна, родителите од семејства со ниски приходи би можеле да се откажат поради индиректните трошоци (Tutnjević & Vilendečić, 2021).

Бројни меѓународни студии покажаа дека семејствата со ниски приходи немаат доволен пристап до програми за рана интервенција. Во Соединетите Американски Држави, семејствата што живеат во сиромаштија имаат помала веројатност да ги завршат програмите за рана интервенција, според студијата на (McManus, et al., 2020). Ова е поради проблеми со логистиката и финансиите. Според Хјуз-Сколс и (Gavidia-Payne et al., 2015), стресот кај лицата што се грижат за нив и ограничениот капацитет за одржување на

учеството се влошуваат од финансиските проблеми во Австралија. Според (Pinto, et al., 2012), Португалија успеа да ја намали економската нееднаквост и да обезбеди луѓето од сите нивоа на приходи да можат да пристапат до услуги преку воспоставување универзално покрите и прилагодена јавна помош. Системските реформи се неопходни за Косово да ги надмине економските предизвици. Проширувањето на јавните услуги, субвенциите за семејствата со ниски приходи и субвенциите за транспорт за руралните региони се примери за такви шеми. Доколку овие заштити не се воспоставени, програмите за економско и интензивно здравствено осигурување може да ја зголемат нееднаквоста во приходите меѓу најбогатите и најсиромашните семејства, што би претставувало маѓепсан круг на економска нееднаквост.

Даватели на услуги за рана интервенција во детството

Речиси сите организации во Косово кои нудат услуги за РИД се добротворни организации или профитни корпорации. Многу малку се управувани од владата. Кога ќе завршат донаторските програми, услугите се особено склони да се распадат и да користат тактики кои не се одржливи бидејќи зависат од недржавни актери. Работната терапија, говорната терапија и применетата анализа на однесувањето многу им помогнаа на децата со аутизам со самогрижата и комуникацијата. Пристапот е тешко да се добие од повеќе причини, вклучувајќи го и фактот дека транспортот не е секогаш сигурен, трошоците се превисоки, а услугите престануваат откако ќе наполните 18 години. Можете да најдете вакви шеми низ целиот Балкан. (Tutnjević & Vilendečić, 2021) велат дека невладините организации (НВО) во Босна и Херцеговина престануваат да работат кога ќе им снеса пари. Според (Hix-Small & Ilić, 2017) и (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022) велат дека недостатокот на интерес на владата за ова прашање е она што предизвикува слични проблеми во Србија и Црна Гора. Студијата на (Ljubešić & Šimleša, 2016) тврдат дека, и покрај засилените организациски напори на владата во оваа област, приватните даватели на услуги во Хрватска најчесто обезбедуваат напредни третмани за богати семејства.

Многу научни студии од целиот свет постојано покажуваат колку е клучно ефективното лидерство во една земја. Националните стандарди и мрежите низ министерствата им овозможуваат на сите во Португалија да користат РИД (Pinto, et al., 2009). Недоследноста продолжува, особено со програмите предводени од владата низ

Соединетите Американски Држави (McManus, et al., 2020). (Jimenez-Arberas, et al., 2024) ја нагласуваат важноста на телеинтервенцијата во нивното барање за понатамошен досег. Според (Mas J. M., et al., 2019) тврдат дека нееднаквоста се влошува кога системите се фрагментирани. Косово има многу проблеми со кои треба да се справи додека се движи од систем финансиран од донатори кон систем поддржан од државата. За да се осигура дека РИД ќе трае, да се промовира развој центриран кон семејството и да се ослободиме од нееднаквоста, потребна ни е силна национална рамка за РИД. Оваа рамка треба да вклучува и профитни и непрофитни организации, како и владини субјекти. Износот на пари што едно семејство заработува во Косово е добар показател за тоа дали можат да си дозволат услуги за РИД. Ова несовпаѓање продолжува, без разлика дали семејствата со ниски приходи или семејствата од средната класа имаат поголема веројатност да побараат владина помош. Ако јавниот систем не е доволно добар, некои семејства можеби ќе можат да платат за приватна грижа или дури и да се преселат во странство. Семејствата со ниски приходи се соочуваат со многу различни и комплицирани проблеми (Hesse-Biber, 2010). Високата цена на приватните решенија може да ги направи работите дома помалку стабилни (Camovic & Vesirovic-Karabegovic, 2022). Вработените родители, особено жените, понекогаш мислат дека мора да ги напуштат своите кариери за да се грижат за своите деца. Ова е особено точно за нив. Кога семејствата не можат да добијат услуги за РИД, тоа ги прави децата уште поосамени. Студиите спроведени на регионално ниво, исто така, покажаа сличности. Истражувањата покажуваат дека домаќинствата со ниски приходи во Хрватска, Црна Гора и Србија се соочуваат со претерани трошоци за транспорт, здравствена заштита и други основни потреби. Следните трудови (Tutnjević & Vilendečić, 2021) покажаа дека родителите од семејства со ниски приходи може да изберат да не бараат третман поради индиректни трошоци, и покрај отсуството на законски забрани во Босна.

Истражувањата од целиот свет покажуваат дека семејствата со ниски приходи се соочуваат со два големи проблеми: немање доволно пари и неможност за добивање програми за рана интервенција. Според (McManus, et al., 2020) спроведоа истражување кое покажа послаби стапки на завршување на програмите за рана интервенција кај децата од домаќинства со ниски приходи во Соединетите Американски Држави. Првичните искри беа вознемиреноста за парите и како ќе се одвиваат работите. Хјуз-Сколс и (Gavidia-Payne et al., 2015) велат дека финансиските проблеми во Австралија ги прават лицата кои се грижат за

нив под поголем стрес и помалку способни да останат активни. Универзалното осигурување и персонализираната јавна помош ѝ овозможија на Португалија да го намали економскиот диспаритет и да обезбеди пристапност до услуги за сите групи на приходи (Pinto, et al., 2012). На економијата на Косово ѝ се потребни големи подобрувања за да се врати на вистинскиот пат. Програми како оваа вклучуваат помош за семејства со ниски приходи, субвенции за трошоци за превоз во руралните региони и раст на јавните услуги. Овие заштити би спречиле мерките за економско осигурување да ја влошат економската нееднаквост со намалување на јазот меѓу најбогатите и најсиромашните семејства.

Свесност за услугите за рана интервенција во детството

Родителската свест за услугите за РИД останува неконзистентна. Повеќето семејства откриваат услуги преку педијатри, персонал за грижа за деца или неформални мрежи на роднини и пријатели. Институционалниот досег, вклучувајќи ги владините кампањи или структурираните системи за упатување, е ограничен. Како резултат на тоа, свеста е нееднаква, зависна од социјалните врски, а не од правичната институционална поддршка. Овој недостаток на систематска комуникација ја поткопува довербата, го одложува пристапот и ја зајакнува стигмата (Čivrag, Alimović, & Lisak Šegota, 2025).

Овој модел не е единствен за Косово. Во Србија, Црна Гора и Босна, семејствата исто така се потпираат на лични контакти, а не на институционално водство. Дури и во Хрватска, иако институционалната комуникација е посилна, свеста во руралните средини останува слаба (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународните докази нагласуваат дека структурираните системи за свест се критични. Португалија гарантира обезбедување информации преку примарната здравствена заштита, поткрепено со националното законодавство (Pinto, et al., 2012). Во Шпанија, иницијативите за телездравство ја подобрија свеста на родителите во руралните заедници (Jimenez-Arberas, et al., 2024). Според (Espe-Sherwindt & Marilyn, 2008) се тврди дека моделите центрирани кон семејството зависат од транспарентност и систематска комуникација, додека (Raver & Childress, 2015) истакнуваат дека информираниите родители се во подобра позиција да соработуваат во индивидуализираното планирање. На Косово му е потребна повеќеслојна стратегија за зајакнување на свеста:

(1) институционализирање на информациите за РИД во рамките на здравствените и образовните системи,

(2) започнување национални кампањи за намалување на стигмата,

(3) инвестирање во информирање на заедницата и дигитални платформи.

Без ова, пристапот до услугите ќе остане зависен од случајни средби, а не од загарантирани права.

Видови на професионална поддршка

Во повеќето случаи на РИД, еден професионалец работи директно со детето (64 % од времето). Ова е она што е познато како индивидуален модел. Не толку многу техники ги вклучуваат семејствата и работат заедно како тим. Поголемиот дел од времето, експертите ги прават изборите, а родителите немаат многу да кажат. Оваа динамика ги прави родителите помалку моќни, а терапиите помалку успешни, бидејќи тие не се секогаш зајакнати во секојдневниот семеен живот. Вакви работи се случуваат низ целата населба. Услугите во Србија и Црна Гора се главно наменети за професионалци, а помалку за родители (Samovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Фрагментирани услуги во Босна дополнително ги маргинализираат родителите (Ljubešić & Šimleša, 2016) тврдат дека и покрај формирањето на интердисциплинарни тимови, вклученоста на родителите останува нееднаква во Хрватска. Луѓето низ целиот свет, од друга страна, ги ценат колаборативните, трансдисциплинарни пристапи. Според (Pinto, et al., 2012) се тврди дека мултидисциплинарни тимови во Португалија довеле до подобри резултати и подобра интегрирана терапија. Авторот (Mas J. M., et al. 2022) тврдат дека партиципативните методологии обезбедуваат подобри резултати кај децата кога родителите се информирани и вклучени. Според (Raver & Childress, 2015) се тврди дека техниките што нагласуваат коучинг можат да им помогнат на родителите во спроведувањето интервенции во нивниот секојдневен живот. Според (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) се тврди дека ефективната помош мора да се фокусира на целата единица, а не само на детето.

Понудени услуги

Говорната терапија и работната терапија се вообичаени, но другите услуги, вклучувајќи групи за поддршка од врсници, програми за браќа и сестри, асистивна технологија и домашни посети, сè уште не се многу чести. Родителите често истакнуваат дека кога се достапни дијагностички и евалуациски елементи, поддршката за следење и долгорочните третмани се или недоследни или воопшто не постојат. Оваа нерамнотежа

покажува дека системот за РИД работи повеќе како дијагностички чувар отколку како долгорочен систем за поддршка на семејствата. Регионалните резултати ја потврдуваат оваа тешкотија. Во Србија и Црна Гора, професионалците даваат приоритет на прегледите, но не обезбедуваат континуирани, сеопфатни услуги за поддршка (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Системот базиран на проекти во Босна честопати нуди ефемерни решенија без континуитет (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Хрватска ги подобри своите портфолија на услуги, но семејствата што живеат во руралните региони сè уште немаат пристап до широк спектар на услуги (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународните студии нагласуваат колку е важно да се прошират услугите за РИД. Според (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016), парадигмата што е навистина семејно ориентирана мора да вклучува не само дијагнози, туку и едукација, емоционална поддршка и коучинг. (Mas J. M., et al. (2022) нагласуваат дека персонализираните планови за услуги, во комбинација со мрежите на врсници, го подобруваат и развојот на детето и благосостојбата на старателите. Авторот (Pinto, et al., 2012) покажуваат дека успехот на Португалија произлезе од наоѓање добра рамнотежа помеѓу професионални прегледи, домашни посети, семејно советување и координирана помош. Според (Jimenez-Arberas, et al., 2024) исто така покажуваат дека проширувањето на услугите за телездравство во Шпанија го олесни зголеменото учество на семејството.

Места каде што се даваат услуги за РИД

Повеќето услуги за РИД во Косово (77 %) се испорачуваат во специјализирани институции како што се центри за терапија и болници. Интервенциите во домот или хибридните пристапи дома-центар претставуваат само 2-3 % од испораката на услуги. Оваа централизација им користи на урбаните семејства, кои можат полесно да пристапат до професионални ресурси, но ги исклучува руралните семејства кои се соочуваат со трошоци за превоз, тешкотии со закажувањето и стигма. Родителите ги признаваат придобивките од терапиите во специјализирани услови, но често ја нагласуваат потребата од поддршка во домот што ги интегрира стратегиите во природните дневни рутини.

Регионалната ситуација е слична. Во Србија и БИХ, услугите се првенствено институционални, со ограничен досег до семејствата во руралните или малцинските заедници (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Во Црна Гора, институционалната централизација

создава нееднаквости во географскиот пристап (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Хрватска експериментираше со програми за предучилишна возраст базирани во заедницата и инклузивни, но покриеноста останува неконзистентна (Ljubešić & Šimleša, 2016). Глобално, важноста на условите за услуга е широко проучена. Според (Raver & Childress, 2015) се покажува дека семејниот коучинг за време на домашните посети води кон поголема одржливост на интервенциите. Авторите (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) потврдуваат дека вградувањето на услугите во природни средини им овозможува на родителите да дејствуваат како ко-терапевти. Во Португалија, Pinto, et al. (2012) известуваат дека интегрирањето на РИД во домашните и заедничките контексти ги подобрило и развојните исходи и самодовербата на семејството. Според (Jimenez-Arberas, et al., 2024), исто така, ја истакнуваат телеинтервенцијата како алатка за премостување на институционалните и домашните пристапи.

Видови на специјализирана работа

Во однос на видовите специјализирана работа, работната сила за РИД на Косово е во голема мера составена од психолози, детски психолози и логопеди, што укажува на силен фокус на развојна проценка, семејна поддршка и услуги за јазична интервенција во комуникацијата. Окупационите и физикални терапевти исто така играат важна улога. Третманот е фрагментиран, а недостасува интердисциплинарна соработка поради отсуство на менаџери на случаи и координатори во системот. Родителите ја изразуваат својата благодарност за развојните подобрувања, особено во областите на говорот и однесувањето, како и за неисполнетите потреби, како што се системска координација, психолошка поддршка и пристап до специјалисти во далечни места. Сличностите меѓу регионите се очигледни. Повеќето услуги за третман во Босна и Црна Гора се концентрираат на вербални и психолошки терапии, со помалку внимание на координацијата, како што наведуваат (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Според (Hix-Small & Ilić, 2017) се посочува дека отсуството на мултидисциплинарни тимови во Србија е пречка за целосна семејна помош. И покрај тоа што професионалните тимови во Хрватска стануваат поразновидни, пристапот е сè уште ограничен надвор од големите градови поради регионални нерамнотежи (Ljubešić & Šimleša, 2016). Светската литература дава силна поддршка за мултидисциплинарните модели. Во студија спроведена од (Mas J. M., et al., 2019), беше покажано дека трансдисциплинарните тимови ефикасно го намалија дуплирањето и ја зголемија

интеграцијата. Во нивната статија од 2016 година, Espe-Sherwindt & Serrano ја истакнаа улогата на менаџерите на случаи во обезбедувањето континуитет на третманот, а воедно семејството да биде во центарот на вниманието. Во нивниот детален извештај, (Pinto, et al., 2012) опишуваат како мултидисциплинарните тимови за РИД во Португалија работеле заедно за да обезбедат сеопфатна поддршка на семејствата и децата. Вклучувањето на специјалисти од различно потекло во мрежите за телеинтервенција го зголеми пристапот во недоволно опслужените региони (Jimenez-Arberas, et al. 2024).

Бариири со кои се соочуваат родителите

Во Косово, родителите се соочуваат со значителни предизвици додека се обидуваат да ги запишат своите деца во програми за рана интервенција во детството . Речиси една третина од оние кои го пријавиле проблемот сметаат дека се дадени недоволно информации. Многу родители веројатно немаат поим каде да се обратат за помош, какви програми се достапни или како да станат подобни за некоја од нив. Луѓето се несигурни и мора да чекаат за помош поради отсуство на координирана комуникација. Честопати искажани како практични загрижености беа прашањата за локација, пристапност (и во и надвор од вообичаеното работно време) и транспорт. Фактори што го отежнуваат пристапот вклучуваат финансиски пречки (16 %) и проблеми со добивање препораки (7 %) од вкупниот број). Додека преговараат за фрагментирани институционални патишта, родителите може да доживеат чувство на исклученост, осаменост и стигматизација. Низ целата област, луѓето пријавуваат исти проблеми. Според (Tutnjević & Vilendečić, 2021), родителите во Босна и Херцеговина имаат тешкотии поради недостаток на услуги предизвикани од понудата базирана на проекти. Руралните домаќинства во Црна Гора имаат предизвици поврзани со транспортот и значителни трошоци, како што наведуваат (Samović & Becirovic-Karabegović, 2022). Недостатокот на досег до заедницата и стигматизацијата што доаѓа со него се два фактори што ги спречуваат семејствата во Србија и Хрватска да бараат третман рано (Nix-Small & Ilić, 2017).

Глобално, луѓето се свесни за реалноста дека културните и институционалните варијабли го попречуваат пристапот. Тековниот проблем со стигмата поврзана со попреченоста има значително влијание врз подготовноста на родителите да обезбедат

поддршка, како што истакнуваат (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016). Според (Raver & Childress, 2015), родителите би можеле да се чувствуваат немоќни и невклучени кога не постои организиран систем за поддршка. Според (McManus, et al., 2020), американските семејства остануваат без помош поради недостаток на координација низ различните сектори и социоекономските нееднаквости (Martínez-Rico et al., 2023).

Предизвици и потреби на услугите за РИД

Оперативните проблеми вклучуваат ограничен надзор, несоодветни финансиски ресурси, неоптимална употреба на технологија и недостаток на домашни посети. Експертите често ја истакнуваат застарената природа на методологиите и отсуството на терапии засновани на траума или технологија. Родителите, признавајќи го напредокот во развојот на нивните деца, сакаат подобрена психолошка поддршка, еднаков пристап и помош што се протега и по 18-годишна возраст. Слични барања се идентификуваат регионално. Во Србија и Црна Гора, несоодветното управување и несоодветното финансирање ги попречуваат одржливите услуги (Samovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Босна посочува дека отсуството на рамки предводени од државата резултира со тоа што семејствата се потпираат на иницијативи на донатори, со што се намалува долгорочната ефикасност (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Хрватска, и покрај напредокот, продолжува да се соочува со предизвици поврзани со нееднаквата распределба на услугите и ограничената мултидисциплинарна соработка (Ljubešić & Šimleša, 2016). Глобалната литература нагласува аналогни трендови. Според (Pinto, et al., 2009) се тврди дека одржливоста бара рамки управувани од државата, но (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) ја нагласуваат потребата од методи фокусирани на семејството вклучени во сеопфатните системи за социјална помош. Според (Mas J. M., et al., 2019) ги наведуваат несоодветното финансирање и недоволната системска координација како распространети проблеми. Според (Mas J. M., et al., 2019) се нагласуваат нееднаквостите дури и во богатите ситуации, што укажува дека владите мора свесно да се стремат кон праведност.

Професионални области

Професионалната средина на услугите за РИД во Косово е разновидна, но не секогаш фер. Дисциплините што се најзастапени вклучуваат развој во раното детство, образование,

интервенција, право и човекови права. Оваа разновидност укажува на силен потенцијал за мултидисциплинарна пракса. Сепак, професионалците пријавуваат недоволна обука, застарени пристапи и слаба меѓуинституционална координација. Родителите го ценат опсегот на специјалисти, но сепак остануваат оптоварени со трошоци и ограничен пристап до услуги, особено до специјалистичка поддршка во руралните средини. Регионалните искуства покажуваат аналогни трендови. Во Босна и Црна Гора, професионалната разновидност е компромитирана од несоодветна координација и отсуство на систематски рамки (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Во Србија, несоодветната професионална обука ја попречува ефикасноста на услугите (Nix-Small & Ilić, 2017). Хрватска покажува подобро организиран пристап кон професионалната обука, сепак, недостатоците продолжуваат да постојат помеѓу урбаните и руралните средини (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународната литература ја нагласува потребата од силна мултидисциплинарна соработка. Според (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) успешната рана интервенција во детството бара обединување на едукатори, терапевти, психолози и социјални работници во рамките на една кохезивна рамка. Авторот (Pinto, et al., 2009) покажува како Португалија воспостави мултидисциплинарни тимови за да обезбеди сеопфатни, семејно ориентирани услуги. (Mas J. M., et al., 2022) тврдат дека фрагментирани професионални одговорности несоодветно се справуваат со семејната сложеност, додека (Raver & Childress, 2015) се залагаат за континуиран професионален развој специјално дизајниран за семеен коучинг.

Стратешки приоритети

Квантитативните и квалитативните студии спроведени во Косово покажаа клучни области каде што владините програми за РИД не се во можност да ги исполнат очекувањата. Еднаков пристап до руралните средини, современите можности за професионален раст (Björk, 2020), долгорочната финансиска стабилност и јакнењето на семејството се четирите клучни грижи на професионалците и родителите. Овие цели се однесуваат и на краткорочните проблеми и на системските промени што ќе бидат потребни на долг рок, истакнувајќи дека заедниците и институциите имаат улога во развојот на услуги што се добредојдени за сите семејства (Bylykbashi, 2020). Една заедничка основа за успешна интервенција е да се промовира јакнењето на семејството. Приоритетите за родителите вклучуваат учество во третманот, пристап до точни информации и обезбедување емоционална поддршка (Сака, 2025). Иако професионалците се свесни за овие барања, тие

често ги вклучуваат родителите помалку формално, преземајќи ја улогата на гледачи, а не на донесувачи на одлуки (Hoxha et al., 2025). Родителите можат да ги зајакнат своите семејства со преземање активна улога како ко-терапевти во нивниот секојдневен живот, според (Raver & Childress, 2015). Транзицијата од површинско вклучување кон системско и континуирано ангажирање е неопходна за Косово за да го вклучи јакнењето на родителите во моделите на услуги. Поради нивната голема зависност од активностите на невладините организации спонзорирани од донатори, услугите за РИД сега се разединети и склони кон нестабилност (Hoxha & Ristovska, 2024). Според (Mas J. M., et al., 2022), системите за РИД ќе продолжат да бидат неправедни и неодржливи сè додека не добијат финансирање од државата. Според (Pinto, et al., 2012), долгорочните услуги се обезбедени со редовно финансирање и меѓуресурска соработка. Едно можно објаснување за успехот на Португалија е следново. Фондовите за здравствена заштита, образование и социјално осигурување во Косово мора да вклучуваат РИД, а владата мора да ја одржи својата непоколеблива поддршка. Обуката и професионалниот надзор се високо ценети. Родителите и професионалците бараат специјалисти кои можат да им донесат иновативни техники базирани на реалноста, кои се фокусираат на семејството. И (Tutnjević & Vilendečić, 2021) наведуваат дека неефикасната обука води до употреба на застарени техники, што пак ја намалува нивната ефикасност. Воспоставувањето координирани програми за обука поддржани од клучни министерства и организации е клучно за усогласување на практиката со глобалните стандарди. Конечно, од суштинско значење е да се обезбеди еднаков пристап во руралните средини. Според (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022), руралните домаќинства постојано се изоставени поради географските разлики, што резултира со големи растојанија за патување, ограничени алтернативи за услуги и социјален срам. Истражувањето на (Jimenez-Arberas, et al., 2024) сугерира дека домашните посети, теле-интервенцијата и мрежите базирани на заедницата би можеле да помогнат во намалувањето на овие разлики во меѓународните модели. Со цел да се гарантира дека сите деца, без разлика каде живеат, имаат пристап до навремен медицински третман, Косово треба да го стави допирањето до сиромашните како врвен приоритет.

Наодите покажуваат дека достапноста и влијанието на услугите за рана интервенција во детството центрирани во семејството во Косово се обликувани од интеракцијата на повеќе фактори, а не од една единствена детерминанта. Развојните состојби на децата влијаат врз

веројатноста за идентификација и упатување, особено кога попреченоста е видлива и медицински препознаена. Децата со помалку очигледни развојни, бихејвиорални или емоционални тешкотии имаат поголема веројатност да доживеат доцнења во откривањето и поддршката, што го намалува долгорочното влијание на интервенцијата.

Економскиот статус игра централна улога во одредувањето на континуитетот и квалитетот на услугите. Семејствата со повисоки приходи можат да ги компензираат слабостите во јавниот систем преку приватни терапии или услуги во странство. Спротивно на тоа, семејствата со ниски приходи се соочуваат со индиректни трошоци како што се превоз, пропуштена работа и товар на неа, што го ограничува одржливото учество. Финансискиот притисок, исто така, го зголемува стресот на родителите, намалувајќи ја нивната способност активно да се вклучат во процесите на интервенција.

Географската локација дополнително го обликува пристапот. Иако квантитативната анализа не покажа статистички значајни општински разлики, квалитативните докази покажуваат дека семејствата во руралните и помалите општини се соочуваат со информациски празнини, транспортни бариери и ограничена достапност на специјалисти. Дури и кога постојат услуги локално, недостатокот на свест и слабите системи за упатување го ограничуваат пристапот. Централизираната институционална испорака на услуги ги зајакнува овие нееднаквости.

Фрагментацијата на системско ниво, ограничената интердисциплинарна координација, недоволните услуги базирани на дома и потпирањето на даватели на услуги финансирани од донатори ги усложнуваат овие структурни нееднаквости. Заедно, овие наоди укажуваат дека еднаквоста во РИД во Косово зависи од зајакнување на раното откривање, подобрување на институционалната координација, проширување на децентрализираните модели и моделите базирани на дома и обезбедување финансиска заштита за ранливите семејства. Без сеопфатна реформа, постојните социоекономски и географски нееднаквости ќе продолжат да обликуваат кој има корист од услугите за рана интервенција, а кој останува недоволно опслужен.

Во однос на **второто истражувачко прашање** [Кои се вообичаените перцепции на професионалците и родителите во врска со услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството, и како овие перцепции влијаат врз соработката и

координацијата меѓу двете групи на засегнати страни?] дискусијата е дадена подолу, поделена по секции.

Време на чекање на листата

Долгото време на чекање за косовските програми за рана интервенција во детството ја ограничува нивната ефикасност. Според статистиката, во рок од три месеци, 70 % од домовите можеле да добијат помош. Сепак, за 30 % од населението, времето на чекање било многу подолго: 8 % од три до шест месеци, 11 % од седум до дванаесет месеци и 11 % повеќе од една година. Основната претпоставка на предлогот беше дека пократките периоди на чекање ќе им овозможат на семејствата да ги запишат своите деца во програми во поповолни развојни периоди. Постоела корелација помеѓу подолгото време на чекање и помалку ефикасните терапии, поголем родителски стрес и одложувања во дијагнозата. Низ целиот Балкан, може да се видат регионални сличности. Како резултат на неповрзано лидерство и несоодветни ресурси, семејствата во Босна и Херцеговина може да се соочат со долги периоди на чекање пред да добијат помош (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Според (Samovic & Becirovic-Karabegovic, 2022), причината зошто Црна Гора има толку обемни листи на чекање е тоа што земјата се потпира на програми спонзорирани од донатори и нема доволно компетентни професионалци. Навремената интервенција станува предизвик во Србија поради доцнења во патиштата за упатување, како што наведуваат (Hix-Small & Ilić, 2017). Руралните семејства во Хрватска сè уште имаат подолго време на чекање, и покрај фактот дека услугите се подобро организирани (Ljubešić & Šimleša, 2016). Навремениот пристап е клучен, како што покажуваат доказите од целиот свет. Португалија успеа да ги намали нееднаквостите во здравствената заштита со интегрирање на системите за скрининг и упатување во примарната здравствена заштита (Pinto, et al., 2012). Според (Mas J. M., et al., 2020) помладите деца примени во програмите за РИД се покажале подобри од постарите деца со тешкотии во развојот. Варијациите во времето на чекање предизвикуваат резултатите кај децата да не бидат конзистентни меѓу американските држави, како што наведуваат (McManus, et al., 2020). Според (Jimenez-Arberas, et al., 2024), теле-интервенцијата може да помогне во намалувањето на доцнењата во испораката на услугите.

Ниво на вклученост на родителите во скринингот

Вклученоста на родителите во скринингот е од суштинско значење за добивање точни дијагнози и формулирање на ефективни стратегии за интервенција. Во Косово, податоците покажуваат дека 69 % од родителите активно одговарале на прашања за време на скринингот, 24 % само набљудувале, а 7 % не учествувале ниту набљудувале. Кога семејствата се вклучени, полесно е да се планира за секое дете и да се осигура дека интервенциите се засноваат на нивните рутини и потреби. Но, фактот дека толку многу родители се пасивни или не учествуваат покажува дека постојат проблеми, како што се недостатоци во комуникацијата, ниска самодоверба или непознавање на нивната улога. Нивото на вклученост на родителите се разликува во зависност од областа. Во Србија и Црна Гора, професионалците често доминираат во скринингот, сведувајќи ги родителите на обични набљудувачи (Hix-Small & Ilić, 2017). Во Босна, фрагментираните структури го попречуваат систематското ангажирање на родителите (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Хрватска ги подобри своите инклузивни практики, но сè уште постојат разлики помеѓу градовите и селата (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Постојат многу докази од целиот свет дека родителите треба да бидат вклучени во животот на своите деца. Според (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016), се тврди дека интервенцијата во раното детство ориентирана кон семејството зависи од тоа родителите да бидат перцепирани како авторитетни личности во развојот на нивните деца. Авторите (Raver & Childress, 2015) покажуваат дека примената на техники базирани на коучинг за време на скринингот ја подобрува точноста на проценката и ги зајакнува семејствата. Според (Mas J. M., et al., 2022), се нагласува дека овластувањето на родителите за време на процесот на скрининг го ублажува стресот и ја негува довербата во институциите. (Pinto, et al., 2009) ја разјаснуваат институционализацијата на родителското вклучување во националните протоколи за скрининг во Португалија.

Наодите поврзани со ИП2 покажуваат дека професионалците и родителите во Косово делат општо признание за важноста на услугите за рана интервенција во детството, но нивните перцепции се разликуваат во начините што влијаат на соработката и координацијата.

Во врска со листите на чекање, обете групи признаваат дека доцнењата ја намалуваат ефикасноста на интервенцијата. Додека поголемиот дел од семејствата пристапиле до услугите во рок од три месеци, значителен дел доживеале подолги периоди на чекање, во некои случаи и повеќе од една година. Родителите ги поврзуваат долгото време на чекање со зголемен стрес, неизвесност и пропуштени развојни можности. Професионалците, од друга страна, често ги припишуваат доцнењата на ограничениот персонал, фрагментираните системи за упатување и недоволниот институционален капацитет. Овие заеднички загрижености создаваат заедничко разбирање на итноста, но системските ограничувања ја ограничуваат нивната способност да дејствуваат заеднички за да ги намалат доцнењата. Продолженото чекање ја ослабува довербата во институциите и може да ја намали мотивацијата на родителите да останат ангажирани.

Вклученоста на родителите во скринингот дополнително ги одразува разликите во перцепцијата. Повеќето родители активно учествуваат, што го зајакнува индивидуализираното планирање и ја подобрува комуникацијата. Сепак, еден дел значително малцинство остануваат да бидат пасивни набљудувачи или воопшто не учествуваат во процесот. Професионалците може да го перцепираат скринингот како техничка постапка што бара експертска контрола, додека некои родители се чувствуваат несигурни за својата улога или немаат доверба да придонесат. Кога родителите се третираат како партнери, соработката се подобрува и стратегиите за интервенција се повеќе усогласени со секојдневните семејни рутини. Кога вклученоста е ограничена, координацијата станува хиерархиска, а не кооперативна.

Севкупно, наодите сугерираат дека иако двете засегнати страни ја ценат раната интервенција, соработката е под влијание на структурните бариери, комуникациските празнини и различните очекувања за улогите. Зајакнувањето на транспарентната комуникација, разјаснувањето на родителските улоги и намалувањето на системските одложувања би ја зголемило довербата и би поттикнало поефикасни семејни професионални партнерства во косовскиот систем за РИД.

Во однос на **третото истражувачко прашање** [Кои пречки и олеснувачи ги наведуваат и професионалците и родителите во пристапот и користењето на услугите за

интервенција во раното детство центрирани околу семејството, и како овие фактори влијаат врз резултатите од услугите?] дискусијата е дадена подолу.

Обезбедување услуги за деца (Фреквенција)

Фреквенцијата на услугите во косовскиот систем за рана интервенција во детството открива и предности и нееднаквости. Повеќето деца добиваат интервенции што се случуваат два до три пати неделно, што е во согласност со најдобрите практики низ целиот свет и им помага да продолжат да напредуваат во својот развој. Семејствата кои добиваат ваков вид редовна помош велат дека нивната комуникација, грижа за себе и однесување се подобриле. Но, помал број деца добиваат услуги само еднаш неделно или дури и поретко, како двапати месечно. Овие разлики покажуваат дека постојат социоекономски и географски проблеми што ги предизвикуваат. На пример, семејствата во руралните области често имаат помал пристап поради високите трошоци за транспорт, недостатокот на професионалци и недостатокот на покриеност на услугите.

Слични наоди од други региони покажуваат дека фреквенцијата сè уште не е конзистентна низ целиот Балкан. Поради обезбедувањето услуги базирани на проекти, услугите во Босна често се краткорочни и спорадични (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Во Црна Гора, недостатокот на специјализиран персонал го ограничува интензитетот на услугите (Samovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Исто така, постојат неправедни ситуации во Србија и Хрватска, каде што семејствата во градовите можат да добиваат редовни терапии, но семејствата во руралните средини мора да се справат со нередовни или ретки сесии (Ljubešić & Šimleša, 2016). Фреквенцијата на сесиите за РИД се смета за клучен фактор за тоа колку добро тие функционираат низ целиот свет. (Raver & Childress (2015) нагласуваат дека доследните, организирани сесии негуваат сигурност и ја подобруваат соработката помеѓу родителите и професионалците. Авторите (Mas J. M., et al., 2020) тврдат дека варијациите во интензитетот на услугите ги влошуваат нееднаквостите во развојните исходи. (Pinto, et al., 2012) нагласуваат дека моделот на Португалија постигнал рамнотежа со стандардизирање на фреквенцијата, а воедно и прилагодување на индивидуалните семејни контексти. (Jimenez-Arberas, et al., 2024) покажуваат дека телеинтервенцијата може да ја зголеми фреквенцијата и пристапноста за семејствата со сиромашни услуги.

Времетраење на посетите за пружање услуги

Во Косово, просечното времетраење на сесија за РИД е еден час (85 %), што се смета за најдобро времетраење за балансирање на интензитетот и изводливоста. И родителите и професионалците сметаат дека овој модел функционира бидејќи им дава на семејствата доволно време за структурирана интервенција и родителско набљудување без да биде премногу за нив. Но, овој стандардизиран метод не ги задоволува целосно потребите на сите семејства. Семејствата во руралните средини кои имаат проблеми со транспортот и парите честопати претпочитаат пократки, пофлексибилни посети. Од друга страна, децата со комплицирани развојни потреби имаат потреба од подолги, мултидисциплинарни сесии. Слични тензии може да се забележат и во регионалните модели. Во Босна и Црна Гора, времетраењето често е ограничено поради недостаток на персонал и ограничувања на ресурсите, што резултира со неоптимално времетраење на сесиите (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Во Србија, семејствата имаат помала слобода поради строгите формати на сесиите (Hix-Small & Ilić, 2017). Понапредните програми во Хрватска испробуваат различни должини, но опфатот е сè уште нееднаков (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Меѓународните студии покажуваат дека флексибилноста во времетраењето е од суштинско значење. (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) нагласуваат дека интервенциите интегрирани во природните семејни рутина бараат флексибилни временски рамки. Авторите (Raver & Childress, 2015) забележуваат дека родителската обука може да се подобри со продолжени сесии, додека проценките може да бараат пократки, концентрирани посети. (Mas J. M., et al., 2019) тврдат дека прилагодувањето на времетраењето на сесијата на семејните контексти го подобрува и учеството и долговечноста. Според (Jimenez-Arberas, et al., 2024), се нагласува дека телеинтервенцијата овозможува пофлексибилни и скратени сесии, распоредени во текот на целата недела.

Начини на испорака на услуги

Во моментот, повеќето сесии за РИД во Косово се само за деца (52 % од времето). Само 17 % од сесиите користат модели на активна обука, а поголемиот дел од времето, родителите само набљудуваат (23 %). Не е многу вообичаено интервенциите да вклучуваат групи. Оваа разлика покажува дека нема доволно шанси родителите да се чувствуваат овластени, иако директното помагање на нивните деца е врвен приоритет. Родителите

мислат дека им требаат професионалци да им помогнат, но професионалците велат дека родителите треба да бидат вклучени на долг рок. Балканот има некои заеднички работи. Во Босна и Црна Гора, сесиите само за деца се вообичаени поради недостаток на ресурси и застарени методи (Tutnjević & Vilendečić, 2021). (Hix-Small & Ilić, 2017) тврдат дека Србија покажува ниски стапки на модели на вклучување на родителите. (Ljubešić & Šimleša, 2016) тврдат дека Хрватска продолжува да напредува, сепак, сè уште постои несогласување помеѓу иницијативите предводени од професионалци и оние фокусирани на семејствата.

Постојат многу истражувања низ целиот свет кои ги поддржуваат моделите базирани на коучинг кои ги вклучуваат родителите. Статијата од 2016 година од Espe-Sherwindt & Serrano зборува за тоа колку се важни методите центрирани кон семејството за да ги направат родителите покомпетентни и да го одржат домот стабилен. Според (Raver & Childress, 2015) активниот коучинг води кон подобра соработка помеѓу родителите, децата и професионалците. (Mas J. M., et al., 2019) предупредуваат дека користењето модели кои се ексклузивни за деца ја продолжува зависноста. (Pinto, et al., 2012) дискутираат за ефикасниот интегриран, тимски ориентиран модел на испорака на услуги имплементиран во Португалија. (Jimenez-Arberas, et al., 2024) покажуваат дека телеинтервенцијата го подобрува вклучувањето на родителите.

Учество на родителите во активностите за РИД

Учеството на родителите е камен-темелник на семејно центрираната рана интервенција во детството, но во Косово тоа останува недоследно. Родителите имаат поголема веројатност да учествуваат во активности кога услугите се од дома, бидејќи овие интервенции природно се интегрираат во секојдневните семејни рутини. Спротивно на тоа, услугите во центрите често го ограничуваат вклучувањето на родителите поради стриктни распореди, транспортни бариери и општествена стигма. Податоците покажуваат дека додека повеќето родители се вклучуваат во некои сесии, значителен дел остануваат пасивни, присуствуваат нередовно или набљудуваат без активно учество. Самите родители често ја истакнуваат потребата од повеќе обука и емоционална поддршка за да ја изградат својата самодоверба и вештини. Овој предизвик ги отсликува регионалните модели. Во Босна и Херцеговина, родителите известуваат дека се третирани како набљудувачи, а не како активни партнери (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016). Во Црна Гора, семејствата се

соочуваат со логистички бариери што го ограничуваат доследното вклучување (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Практиките за РИД во Србија честопати ги ставаат родителите настрана поради професионална доминација во терапевтските сесии (Hix-Small & Ilić, 2017). Хрватска покажува поструктурирана родителска вклученост, но остануваат нееднаквости помеѓу урбаните и руралните семејства (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународната литература дава силни докази во прилог на активното вклучување на родителите. (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) тврдат дека семејниот коучинг е од суштинско значење за одржливи интервенции. (Raver & Childress, 2015) покажуваат дека кога родителите активно се вклучуваат, стратегиите за интервенција се применуваат поконзистентно дома. (Mas J. M., et al., 2019) нагласуваат дека овластувањето на родителите ја намалува зависноста од професионалци и ја поттикнува еднаквоста. Авторите (Pinto, et al., 2012) илустрираат дека Португалија го институционализирала вклучувањето на родителите во рамките на својата рамка за рана интензивна нега, обезбедувајќи структурирана соработка.

Учество на децата

Учеството на децата во услугите за РИД е релативно високо во Косово, така што половина од децата посетуваат три или повеќе сесии неделно, а 37 % посетуваат двапати неделно. Оваа фреквенција обезбедува конзистентно развојно зајакнување и им овозможува на професионалците да го следат напредокот. Сепак, малцинство деца посетуваат нередовно, често поради финансиски ограничувања, логистички тешкотии или ограничена достапност на услуги во руралните средини. Стигмата и недостатокот на родителско знаење, исто така, придонесуваат за недоследно присуство, оставајќи ги ранливите деца недоволно опслужени. Регионално, учеството на децата одразува слични нееднаквости. Во Босна, учеството често се нарушува кога завршуваат проектите финансирани од донатори (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Црна Гора се соочува со недостаток на персонал што ја намалува конзистентноста во обезбедувањето услуги (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Во Србија и Хрватска, присуството е поголемо во урбаните центри, но поретко во руралните и малцинските заедници (Hix-Small & Ilić, 2017). Меѓународните студии нагласуваат дека конзистентното учество на децата е клучно за позитивни резултати. (Raver & Childress, 2015) нагласуваат дека честото ангажирање го зајакнува стекнувањето вештини. Авторите (Mas J. M., et al., 2019) тврдат дека недоследното присуство ги

продлабочува развојните нееднакости. (Pinto, et al., 2012) истакнуваат дека националната рамка на Португалија ги намалила нееднаквостите со стандардизирање на учеството. (Jimenez-Arberas, et al., 2024) покажуваат дека телеинтервенцијата го зголемува учеството на децата, особено во недоволно опслужените области.

Поставки за испорака на услуги

Поголемиот дел од услугите за РИД во Косово (82 %) се испорачуваат во специјализирани центри или болници, со помал удел во предучилишни установи (13 %), домови (2 %) и центри во заедницата (3 %). Оваа централизација обезбедува структурирана средина, но создава бариери за руралните семејства, кои се соочуваат со повисоки трошоци за транспорт, долго време на патување и конфликти во распоредот. Родителите постојано ја изразуваат вредноста на услугите во домот, истакнувајќи дека тие обезбедуваат практични стратегии вградени во дневните рутини. Професионалците, исто така, признаваат дека вградувањето на интервенциите во природни услови го зајакнува континуитетот и ги овластува семејствата.

На Балканот постои слична институционална доминација. Босна и Црна Гора во голема мера се потпираат на централизирани услуги, со минимално обезбедување услуги во домот (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Србија покажува ограничен досег во заедницата, додека Хрватска експериментирала со инклузивни модели на предучилишни установи и заедници, но сè уште се соочува со нееднаква покриеност (Nix-Small & Plić, 2017). Глобално, доказите ја истакнуваат важноста на диверзификацијата на условите за услуги. (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) нагласуваат дека пристапите центрирани кон семејството бараат интервенции во природните средини. Авторите (Raver & Childress, 2015) покажуваат дека домашните посети ги овластуваат родителите и ја зголемуваат одржливоста. (Pinto, et al., 2009) покажуваат како моделот на Португалија ги институционализирал интервенциите во домот и заедницата заедно со услугите во центрите. (Jimenez-Arberas, et al., 2024) понатаму тврдат дека телеинтервенцијата го премостува јазот помеѓу институциите и домовите.

Правичност во обезбедувањето услуги

Еднаквоста во обезбедувањето услуги останува еден од најголемите предизвици на Косово. Статистичката анализа (Пирсоновиот хи-квадрат тест) потврдува значајна поврзаност помеѓу местото на живеење на детето и неговиот пристап до услуги, така што

урбаните семејства уживаат поголема достапност, посилни системи за упатување и почести интервенции. Руралните семејства, од друга страна, се соочуваат со системски неповолности, вклучувајќи подолго време на чекање, помалку центри, ограничен транспорт и пониска свест. Наодите од фокус групите дополнително откриваат дека финансиските тешкотии, стигмата и институционалната фрагментација ги влошуваат овие нееднаквости. Регионалниот контекст ги отсликува овие нееднаквости. Во Босна и Црна Гора, нееднаквостите произлегуваат од услугите базирани на проекти и услугите центрирани во урбаните средини (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Србија известува за слаб досег до руралните и малцинските семејства (Hix-Small & Ilić, 2017). Хрватска ги намали нееднаквостите преку инклузивни иницијативи за предучилишна возраст, но сепак постојат недостатоци (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународната литература потврдува дека еднаквоста е глобален предизвик. (Mas J. M., et al., 2019) ги истакнуваат социоекономските нееднаквости во САД кои влијаат на пристапот до услуги. (Pinto, et al., 2009) покажуваат како централизираната координација во Португалија ги намали нееднаквостите. Авторите (McManus, et al., 2020) тврдат дека без проактивни стратегии, маргинализираните групи се систематски исклучени. (Jimenez-Arberas, et al., 2024) покажуваат дека дигиталните и телездравствените решенија можат да ги намалат бариерите за пристап во оддалечените региони.

Наодите покажаа дека бариерите и фасилитаторите пријавени од професионалци и родители директно го обликуваат интензитетот, континуитетот и еднаквоста на услугите за рана интервенција во детството центрирани кон семејството во Косово. Додека структурните фасилитатори како што се редовна фреквенција на сесии, едночасовни стандардизирани посети и релативно високо учество на децата го поддржуваат развојниот напредок, системските бариери, вклучувајќи ги географските нееднаквости, централизираните услови на услугите, ограничените модели на родителска обука и социоекономските ограничувања, ја намалуваат целокупната ефикасност и еднаквост на услугите. Квантитативните докази, вклучувајќи ги значајните врски помеѓу живеалиштето и пристапот до услугите, потврдуваат дека руралните семејства доживуваат помалку можности и подолги одложувања. Квалитативните наоди дополнително покажуваат дека ограничената флексибилност, тешкотиите во транспортот, стигмата и фрагментираната координација го ослабуваат одржливото учество. Заедно, овие резултати укажуваат дека

результатите од услугите не се одредуваат само од клиничкиот квалитет, туку и од пристапноста, родителското овластување, начинот на испорака и контекстуалната еднаквост. Без структурни реформи што ги прошируваат моделите за домашна и теле-интервенција, како и без да се зајакне родителската обука и без да се решат руралните и социоекономските нееднаквости, услугите за РИД центрирани кон семејството ќе продолжат да произведуваат нееднакви резултати кај децата и заедниците.

Во однос на **четвртото истражувачко прашање** [Како фреквенцијата, времетраењето и видовите посети на услугите влијаат врз квалитетот на услугите за интервенција во раното детство фокусирани на семејството и до кој степен вклученоста на семејството се смета за клучна за позитивни исходи?] дискусија по подсекции е дадена подолу.

Обем на годишна обука во текот на работата

Податоците од Косово откриваат значителни разлики во обемот на обука во текот на работа што ја добиваат професионалците за РИД. Додека 35 % пријавуваат помалку од 10 часа годишно, а 10 % воопшто не, само малцинството има корист од посуштинска обука – 22 % пријавуваат 21 - 40 часа, 18 % 11 - 20 часа и 15 % повеќе од 41 час. Оваа нееднаква распределба ги остава многу професионалци недоволно подготвени за сложени случаи центрирани околу семејството. Родителите го потврдуваат овој јаз, забележувајќи дека на професионалците честопати им недостасуваат најнови знаења за родителско советување, домашни интервенции и грижа информирана за траума.

Овие наоди се совпаѓаат со предизвиците во поширокиот регион. Во Босна и Херцеговина, можностите за обука остануваат фрагментирани и базирани на проекти (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Во Црна Гора и Србија, професионалците честопати се потпираат на застарени модели, со мал пристап до континуирано образование (Samović & Besirovic-Karabegovic, 2022). Хрватска, иако нуди построкуриран професионален развој, сè уште се бори со рурални нееднаквости (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународните истражувања нагласуваат дека конзистентната професионална обука е од витално значење. (Ognjenović, Marković, & Stajić) истакнуваат дека нееднаквата дистрибуција на обука уште повеќе ги нагласува нееднаквостите во квалитетот на услугите. (Pinto, et al., 2009) опишуваат како Португалија ја институционализирала структурираната обука како дел од

својата национална рамка за РИД. (Crais E. R., 1993) тврдат дека недостатокот на обука ја поткопува соработката помеѓу родителите и професионалците. Авторите (Crais E. R., 1996) нагласуваат дека пристапите центрирани кон семејството бараат специјализирана обука за комуникациски и коучинг вештини.

Видови на супервизорска поддршка во услугите за РИД

Супервизијата е уште една критична димензија, но податоците покажуваат дека таа се спроведува недоследно во Косово. Најчестата форма е набљудување на посети во центарот (31 %), проследено со коучинг и менторство (24 %) и прегледи на досиеја (20 %). Рефлексивниот надзор учествува со само 15 %, неформалната обука со 7 %, а набљудувањето на домашните посети само со 3 %. Алармантно, значителен дел од професионалците пријавиле дека воопшто немаат надзор. Многумина ги опишуваат тековните практики како административни, а не како развојни, ограничувајќи ја нивната ефикасност во подобрувањето на квалитетот на услугите.

Регионалната слика е слична. Босна и Црна Гора во голема мера се потпираат на внатрешен, честопати површен, надзор (Čivrag, Alimović, & Lisak Šegota, 2025). На Србија ѝ недостасува систематски рефлексивен надзор, додека Хрватска експериментирала со структурирани модели, но покриеноста останува нецелосна (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Глобално, робусниот надзор е поврзан со повисок квалитет на услугите. (Pacheco-Molero et al., 2024) тврдат дека рефлексивниот надзор го подобрува професионалниот раст и го намалува прегорувањето. (Bugno et al., 2023) го нагласуваат коучингот како алатка за пренос на вештини. Авторите (TruTe, Barty, 2013) нагласуваат дека без систематско менторство, професионалниот развој стагнира. Авторите (Bryman & Bell, 2011) предлагаат интегрирање на дигитални платформи за надзор за проширување на пристапот.

Преферирани модалитети за обука за професионалци

Професионалците во Косово изразуваат јасни преференции за практична обука. Најценети се курсевите лице во лице (20 %) и работилниците (16 %), по што следува организациска обука базирана на пракса (14 %). Исто така, се ценат онлајн курсевите (12 %) и континуираната обука во текот на работата (11 %), што укажува на отвореност кон моделите на комбинирано учење. Спротивно на тоа, формалните универзитетски програми (5 %) и посетите за размена (2 %) се помалку претпочитани.

На Балканот се појавуваат слични модели. Професионалците во Босна и Црна Гора ја нагласуваат потребата од практични работилници, наместо од курсеви со голема содржина на теорија (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Србија известува дека ригидните академски модели не успеваат да ги задоволат непосредните професионални потреби (Čvorović, 2022). Хрватска разви комбинирани модели, но се бори со доследна испорака (Čvorović, 2022).

Глобалните докази силно ги фаворизираат интерактивните формати. (Dias & Cadime, 2019) нагласуваат дека работилниците и сесиите за обука ја претвораат теоријата во пракса. (Pinto, et al., 2009) го истакнуваат акцентот на Португалија на обука базирана на пракса. (Michalopoulos et al., 2012) потврдуваат дека флексибилните формати се клучни за развојот на работната сила. Авторите (García-Grau et al., 2019) покажуваат дека онлајн **моделите можат да го зголемат пристапот, особено во недоволно опслужените области.**

Распределба на можности за обука

И покрај разновидноста на форматите, распределбата на можностите за обука во Косово е нееднаква. Меѓуорганизациските размени (17 %) и обуката на работното место (16 %) се релативно чести, додека работилниците (14 %) и практичните сесии (11 %) се поретки. Формалните програми (10 %) и онлајн курсевите (9 %) се најмалку достапни. Фокус групите истакнуваат дека руралните професионалци се соочуваат со најголеми неповолности, со помалку можности и нередовен квалитет на обуката.

Регионално, овие нееднаквости се повторуваат. Во Босна и Србија, пристапот до обука е во голема мера под влијание на донаторските проекти (ASSESSMENT, A. H.A.N.D.B.O.O.K. O. F., 2020). Црна Гора се соочува со географски нееднаквости, додека Хрватска обезбедува поширока покриеност, но сè уште се бори со регионалните нееднаквости (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022).

На глобално ниво, нееднаквата распределба на обуката е добро документиран предизвик. (Graham, 2014) тврди дека недостатокот на пристап ги нагласува нееднаквостите во услугите. Авторите (Yang et al., 2013) истакнуваат дека руралните професионалци ширум светот често се соочуваат со системски неповолности. (Pinto, et al., 2009) покажуваат како националната координација во Португалија ги намали нееднаквостите преку стандардизирање на пристапот.

Приоритети за зајакнување на професионалната обука и надзор

За Косово се појавуваат три приоритети: (1) посилна обука пред вработување, (2) робусни системи за супервизија и менторство и (3) континуирана обука во текот на службата за современи методи. Образованието пред вработување останува премногу теоретско, со недоволен фокус на родителско советување, грижа заснована на траума и инклузивни практики. Супервизијата е нередовна и административна, што го ограничува нејзиното влијание врз развојот. Обуката во текот на службата е фрагментирана, оставајќи ги професионалците без конзистентно изложување на современи пристапи.

Регионалните споредби ги потврдуваат овие предизвици. Босна, Црна Гора и Србија се соочуваат со фрагментирани наставни програми пред вработување и слаби системи за супервизија (Zakarija-Grković et al., 2018). Напредокот на Хрватска покажува дека реформите се можни, но бараат силна институционална поддршка (Zajicek-Farber et al., 2017).

Меѓународната литература дава јасна насока. (Pocinho & Anjos) нагласуваат интегрирање на методите центрирани кон семејството во основната обука. (Silva, 2009) го нагласува структурираниот коучинг како алатка за супервизија. (Pinto, et al., 2009) илустрираат како Португалија го вградила континуираниот професионален развој во националната политика. Авторите (Stewart, Slattery, & McKee, 2021) тврдат дека давањето приоритет на обуката ја подобрува одржливоста и еднаквоста на услугите.

Регионални нееднаквости и прашања за еднаквост

Пирсоновиот Хи-Квадрат тест потврдува дека професионалците во општините со ограничени услуги пријавуваат поголеми потреби за обука и предизвици при примена на пристапи ориентирани кон семејството. Спротивно на тоа, оние во урбаните или областите богати со ресурси имаат подобар пристап до обука и надзор. Оваа нееднаквост ги продолжува нееднаквостите, бидејќи децата во руралните области добиваат услуги од помалку подготвени професионалци. Слични модели се забележани и во регионот. Во Босна и Црна Гора, руралните професионалци се соочуваат со намален пристап до квалитетна обука (Akademi, Tunç, & Avcı, 2023). Во Србија, урбаните центри доминираат во обезбедувањето услуги, оставајќи ги руралните семејства недоволно опслужени (Samović & Becirovic-Karabegovic, 2022). Делумната децентрализација на Хрватска покажува

ветување, но останува нецелосна (Petriwskyj, 2010). Глобално, прашањата за еднаквост во обуката се препознаваат како структурен проблем. (KAROVSKA & Jachova, 2006) покажуваат дека руралните нееднаквости во професионалната обука го намалуваат квалитетот на услугите. (Pinto, et al., 2009) нагласуваат дека моделот на Португалија успеал со обезбедување на унифицирани стандарди за обука низ целата земја. (Martínez-Lozano & Dreesen, 2023) тврдат дека дигиталните платформи можат да ги намалат географските нееднаквости со тоа што ќе ја донесат обуката во недоволно опслужените области.

Наодите покажаа дека квалитетот на услугите за рана интервенција во детството фокусирани на семејството во Косово е тесно поврзан со интензитетот на услугите и силата на системите за професионална обука и надзор. Фреквенцијата и времетраењето на посетите влијаат врз развојниот напредок, но нивното влијание во голема мера зависи од тоа колку добро професионалците се подготвени да имплементираат практики фокусирани на семејството. Кога сесиите се редовни и поддржани од соодветно обучен персонал, родителите пријавуваат посилна соработка, појасно водство и подобрени резултати кај децата. Сепак, нееднаквостите во годишната обука во текот на работата, така што 45 % од професионалците добиваат десет часа или помалку годишно, а 10 % не добиваат ништо, ја ослабуваат конзистентноста и квалитетот на имплементацијата.

Моделите на надзор дополнително влијаат на квалитетот на услугите. Додека 31 % од надзорот вклучува набљудување на посети во центарот, само 15 % вклучува рефлексивен надзор и 3 % набљудување на домашни посети, ограничувајќи ги можностите за зајакнување на практиките за обука на родителите и природната средина. Професионалците во општините со помалку услуги пријавуваат поголеми потреби за обука, а статистичката анализа потврдува значителни регионални нееднаквости. Оваа нееднаква подготовка ја намалува довербата во примената на пристапи фокусирани на семејството и влијае на соработката со семејствата.

Важно е што вклучувањето на семејството е широко перцепирано како клучно за позитивни резултати. Доказите од податоците за учество и квалитативните повратни информации покажуваат дека кога родителите се активно вклучени преку модели на обука, наместо пасивно набљудување, интервенциите се поодржливи и усогласени со секојдневните рутини. Спротивно на тоа, ограниченото вклучување на родителите и

неразвиените професионални вештини ја ограничуваат ефикасноста дури и на добро структурираните сесии.

Севкупно, наодите сугерираат дека самото подобрување на фреквенцијата и времетраењето не е доволно. Висококвалитетните, правични услуги за РИД бараат систематска професионална обука, рефлексивен надзор и намерно зајакнување на учеството на семејството за да се обезбедат одржливи развојни придобивки низ регионите.

Во однос на петтото **истражувачко прашање** [Кои се перцепираните потреби и очекувања на професионалците во врска со обуката и развојот во семејно-центрираната рана интервенција во детството, и како тие се усогласуваат со преференциите и очекувањата на родителите?] дискусијата е дадена подолу.

Стигма и социјални бариери

Стигмата останува еден од најпостојаните предизвици што влијаат врз интервенцијата во раното детство во Косово. Семејствата на деца со развојни доцнења или попречености често пријавуваат дека се осудувани или исклучени во нивните заедници. Оваа социјална стигма ги обесхрабрува семејствата да бараат поддршка, ја одложува дијагнозата и го намалува учеството во достапните програми. Фокус групите истакнуваат дека стигмата е особено вкоренета во руралните и малцинските заедници, каде што културните норми го зајакнуваат молчењето околу попреченоста. Овие наоди резонираат со регионалните студии. Во Босна и Херцеговина, стигмата значително го намалува учеството на семејствата во услугите за РИД (Zaslow, Martha et al., 2010). Црна Гора, исто така, се соочува со вкоренети предрасуди што ја ограничуваат инклузивноста (Camović & Vesirović-Karabegović, 2022). Србија и Хрватска пријавуваат слични предизвици, иако напорите за застапување во Хрватска постигнаа поголема јавна свест (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Недостаток на сигурни податоци и рамки на политики

Друга голема пречка е отсуството на сигурни национални податоци за развојни доцнења и попречености. Без стандардизирана статистика, тешко е да се дизајнираат политики засновани на докази, да се распределат ресурси или да се следи напредокот. Институциите често се потпираат на фрагментирани студии водени од донатори, што доведува до неконзистентно обезбедување услуги. Професионалците нагласуваат дека

недостатокот на јасни закони и прописи ги ослабува организациските структури и ја попречува координацијата меѓу секторите. Босна, Црна Гора и Србија известуваат за фрагментирани системи за собирање податоци, ограничувајќи го планирањето на национално ниво (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Хрватска постигна напредок со интегрирање на РИД во националната статистика за образование и здравство, иако предизвиците остануваат (Harbin, Choi, & Fettig, 2024). На меѓународно ниво, сигурните податоци се признаваат како основа за ефективна РИД. (Rhoades, 2017) нагласува дека недостатоците во податоците ги продолжуваат нееднаквостите и го попречуваат квалитетот на услугите. (Pinto, et al., 2009) илустрираат како централизираниот систем на податоци на Португалија овозможил конзистентно следење и евалуација. (Mahoney et al., 1997) тврдат дека стандардизираното собирање податоци ја поддржува отчетноста и транспарентноста.

Институционална свест и пристап

Ограничената институционална свест за услугите за РИД меѓу владините тела е уште еден значаен предизвик. На национално и општинско ниво, раната интервенција честопати е недоволно приоритизирана, што резултира со слабо финансирање и ограничена интеграција на политиките. Овој недостаток на препознавање ја намалува видливоста, ја ослабува меѓусекторската координација и ги остава семејствата без поддршка за време на критичните развојни периоди. Регионалните докази покажуваат слични модели. Во Босна и Црна Гора, институционалната свест е ниска, оставајќи ги услугите за РИД во голема мера зависни од невладините организации (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Посилната владина посветеност на Хрватска покажува како институционалното признавање може да ги прошири услугите и да го подобри пристапот (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународната литература истакнува дека институционалната свест е клучна за одржливост. (Pinto, et al., 2009) покажуваат дека Португалија постигнала системска интеграција со вградување на РИД низ министерствата. (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) нагласуваат дека без институционална посветеност, пристапите центрирани кон семејството остануваат фрагментирани. Автори (McDonald, Moore, & Goldfeld, 2012) тврдат дека институционалното занемарување ги зајакнува географските и социоекономските нееднаквости.

Логистички и економски ограничувања

Логистичките и економските бариери значително го ограничуваат пристапот до услугите за РИД во Косово (Bylykbashi, 2020). Семејствата често пријавуваат тешкотии со транспортот, долги патни растојанија и недостаток на достапност надвор од работното време. Економските тешкотии ги влошуваат овие бариери, бидејќи семејствата со ниски приходи не можат да си дозволат трошоци за терапија или дополнителни трошоци поврзани со грижата. Родителите често опишуваат чувства на исцрпеност, стрес и социјална изолација што произлегуваат од овие ограничувања (Bylykbashi, 2020). Босна и Србија известуваат дека руралните семејства се особено во неповолна положба поради слабата инфраструктура и финансискиот товар (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Црна Гора се бори со ограничен рурален опфат, додека Хрватска ги намали, но не ги елиминираше ваквите бариери (Samovic & Becirovic-Karabegovic, 2022).

Наодите покажаа дека професионалците во Косово согледале итна потреба за структурирана, континуирана и практична обука за семејно ориентирана рана интервенција во детството, а овие потреби во голема мера се совпаѓаат со очекувањата на родителите за услуги со повисок квалитет, координирани и емпатични услуги.

Во фокус групите, професионалците ја нагласија потребата од специјализирана обука за родителско советување, грижа заснована на траума, мултидисциплинарна соработка и стратегии за интервенција во домот. Многумина изјавија дека моменталното образование пред вработување останува премногу теоретско, додека можностите за обезбедување услуги надвор од работното време се нередовни и нерамномерно распределени. Тие изразија очекувања за структуриран надзор, системи за менторство и национално координирани професионални стандарди. Овие перцепции одразуваат желба за посилни институционални рамки и појасно оперативно водство.

Очекувањата на родителите тесно ги отсликуваат овие професионални потреби. Семејствата постојано бараат покомпетентни, комуникативни и поддржувачки професионалци кои можат активно да ги водат, наместо да ги позиционираат како пасивни набљудувачи. Родителите очекуваат појасни информации, практични стратегии за домашна примена, емоционална поддршка и координирани услуги што ја намалуваат

фрагментацијата. Тие исто така очекуваат професионалците да покажат ажурирано знаење и чувствителност кон стигмата, економските тешкотии и руралните неповолности.

Усогласеноста помеѓу перципираните празнини во обуката на професионалците и очекувањата на родителите сугерира дека зајакнувањето на развојот на работната сила директно би го подобрило квалитетот на услугите и задоволството на семејството. Сепак, системските бариери како што се стигмата, слабите рамки на политиките, ограничената институционална свест, несигурните национални податоци и економските и логистичките ограничувања продолжуваат да ги поткопуваат овие заеднички цели. Без координирана реформа на политиките, сигурни системи на податоци, одржливо финансирање и проширен пристап во руралните средини, и професионалниот развој и практиката фокусирана на семејството ќе останат фрагментирани. Справувањето со овие структурни предизвици е од суштинско значење за да се обезбеди дека подобрувањата во обуката се претвораат во правични, одговорни и одржливи услуги за РИД низ цело Косово.

Во однос на **шестото истражувачко прашање** [Со какви предизвици се соочуваат организациите што нудат услуги за рана интервенција во детството центрирана околу семејството, и какви препораки предлагаат и професионалците и родителите за подобрување и проширување на овие услуги во Косово?] дискусијата е дадена подолу:

Овластување на родителите и институционална поддршка

Овластувањето на родителите и институционалната поддршка постојано се идентификуваат како критични приоритети за постигнување еднаквост во услугите за рана интервенција во детството . Родителите ја нагласуваат потребата од јасни насоки, советување и психолошка поддршка, додека професионалците ја истакнуваат потребата од одржлива институционална поддршка за да се обезбеди континуитет на услугите. Фокус групите откриваат дека родителите честопати се чувствуваат неподготвени и преоптоварени на почетокот на услугите, што укажува на недоволна комуникација и слаби механизми за информирање. Без системски стратегии за овластување, семејствата се оставени да се движат низ фрагментирани системи.

Регионалните споредби ги зајакнуваат овие наоди. Во Босна и Херцеговина, родителите пријавуваат дека се чувствуваат исклучени од донесувањето одлуки (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Црна Гора и Србија се соочуваат со слични проблеми, така што

професионалците ја признаваат централната улога на родителите, но немаат структурирани алатки за нивно ангажирање (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Во Хрватска, институционалните реформи го подобрија вклучувањето на родителите, но сепак нееднаквостите продолжуваат (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Меѓународната литература потврдува дека овластувањето на родителите е од суштинско значење за грижата центрирана кон семејството. (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) тврдат дека градењето на родителскиот капацитет ја подобрува одржливоста на услугите. Авторите (Martinovic, et al., 2015) нагласуваат дека кога родителите се овластени, децата доживуваат подобро развојни резултати. (Pinto, et al., 2009) илустрираат дека Португалија го вградила родителското вклучување во националните рамки, обезбедувајќи системско признавање.

Стратегии за информирање и пристап

Стратегиите за информирање и пристап се клучни за справување со географските и социоекономските нееднаквости во косовскиот систем за РИД. Податоците потврдуваат дека децата во урбаните средини имаат поголема веројатност да пристапат до инклузивни градинки и специјализирани услуги, додека руралните и малцинските семејства се соочуваат со логистички и финансиски предизвици. Родителите од руралните средини наведуваат долги патни растојанија, високи трошоци за транспорт и социјална стигма како пречки за учество (Hoxha & Ristovska, 2024).

Регионалните искуства истакнуваат слични модели. БИХ и Црна Гора во голема мера се потпираат на услугите во урбаните средини, оставајќи ги руралните семејства недоволно опслужени (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022).

Меѓународните студии нагласуваат дека еднаквоста зависи од проактивното информирање. (Pinto, et al., 2009) покажуваат дека Португалија ги институционализирала домашните посети и скринингот во заедницата за да обезбеди инклузија. (Mahoney & Wiggers, 2007) покажуваат дека телеинтервенцијата може да го прошири досегот до оддалечени области. (Vanderkerken et al., 2019) тврдат дека без прилагодени стратегии за пристап, маргинализираните семејства остануваат исклучени.

Стигма и социјална исклученост

Стигмата останува сеприсутна бариера што ја поткопува еднаквоста и вклученоста во услугите за РИД. Семејствата на деца со развојни попречености често доживуваат социјална исклученост, што ги обесхрабрува да бараат навремена поддршка. Фокус групите откриваат дека родителите се чувствуваат осудувани или маргинализирани во своите заедници, што доведува до стрес и неподготвеност да се вклучат во институциите. Стигмата е особено изразена во руралните и малцинските средини, каде што културните предрасуди остануваат длабоко вкоренети. Регионалната слика е конзистентна. Во Босна и Црна Гора, стигмата придонесува за изолација на семејството и одложено прифаќање на услугите (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Хрватска, исто така, се соочува со културни бариери, иако кампањите за застапување во Хрватска ги намалија некои негативни ставови (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Институционални и системски недостатоци

Институционалните и системските недостатоци значително го ограничуваат капацитетот на Косово да обезбеди правични и инклузивни услуги за РИД. Отсуството на унифицирана национална рамка резултира со фрагментирана испорака, слаба меѓусекторска координација и недоследни стандарди (Bylykbashi, 2020). Родителите често се соочуваат со доцнења во запишувањето, несовпаѓања помеѓу препорачаните терапии и достапните услуги и недоволна психолошка поддршка. Професионалците го истакнуваат недостатокот на мултидисциплинарни тимови и несоодветната инфраструктура како постојани предизвици (Bylykbashi, 2020). Овие системски слабости се одразуваат низ целиот регион. Босна и Црна Гора во голема мера зависат од проекти водени од донатори, ограничувајќи ја одржливоста (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Србија известува за недоволна институционална координација, додека Хрватска покажува како посилената системска интеграција може да ги намали недостатоците (Ljubešić & Šimleša, 2016). На меѓународно ниво, важноста на системската интеграција е добро утврдена. (Pinto, et al., 2009) илустрираат како националната координација на Португалија ја подобри ефикасноста и инклузивноста. (McManus, et al., 2020) истакнуваат дека системската фрагментација ги продолжува нееднаквостите. Авторите (Martinovic, et al., 2015) нагласуваат дека

институционалните недостатоци ја поткопуваат одржливоста на пристапите фокусирани на семејството.

Конвергентни приоритети на професионалци и родители

И покрај разликите во акцентот, и родителите, и професионалците, во Косово се спојуваат околу три основни приоритети: зголемување на владините инвестиции, намалување на стигмата и зајакнување на можностите на семејството. Професионалците имаат тенденција да нагласуваат системски реформи, како што се раните скрининзи, мултидисциплинарните тимови и институционалната координација. Родителите, од друга страна, ги приоритизираат непосредните потреби - емоционална поддршка, финансиска помош и поблиска близина на услугите. Регионалните докази покажуваат слични конвергенции. Во Босна, обете групи го истакнуваат одржливото финансирање како приоритет (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Црна Гора и Србија го нагласуваат јакнењето на родителите заедно со системските реформи (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022). Хрватска покажува дека усогласувањето на овие перспективи преку интеграција на политиките може да ја подобри инклузивноста (Ljubešić & Šimleša, 2016). Меѓународните истражувања ги повторуваат овие наоди. (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) тврдат дека одржливоста бара истовремено јакнење на семејството и институционална реформа. (Mestrovic, et al., 2016) покажуваат дека партиципативните пристапи ги усогласуваат професионалните и родителските приоритети. (Pinto, et al., 2009) илустрираат дека Португалија успешно ги спои системските и приоритетите на ниво на семејство во својата национална рамка.

Наодите покажаа дека организациите што нудат услуги за рана интервенција во детството фокусирани на семејството во Косово се соочуваат со меѓусебно поврзани структурни, социјални и оперативни предизвици што директно влијаат на еднаквоста, инклузијата и одржливоста на услугите. И професионалците и родителите ги идентификуваат системската фрагментација, ограничената институционална координација, недоволното владино финансирање и зависноста од иницијативи поддржани од донатори како главни ограничувања. Отсуството на унифицирана национална рамка ја ослабува меѓусекторската соработка и резултира со неконзистентни стандарди, одложено запишување и несовпаѓања помеѓу проценетите потреби и достапните терапии.

Родителите ги нагласуваат предизвиците поврзани со стигмата, емоционалниот товар, финансиските тешкотии и ограничената близина на услугите, особено во руралните средини. Тие известуваат дека се чувствуваат преоптоварени кога се движат низ сложени системи без јасни насоки или психолошка поддршка. Професионалците, иако ги препознаваат овие загрижености, ја нагласуваат потребата од мултидисциплинарни тимови, стандардизирани системи за упатување и посилна институционална поддршка за да се обезбеди континуитет и квалитет на грижата. Ограничувањата во досегот, особено во руралните и малцинските заедници, дополнително ги влошуваат нееднаквостите, бидејќи услугите остануваат во голема мера центрирани во урбаните средини.

И покрај овие предизвици, постои силна конвергенција помеѓу двете групи на засегнати страни во однос на препораките за подобрување. И двете се залагаат за зголемени владини инвестиции, развој на сеопфатна национална рамка за РИД, проширување на услугите за помош во домот и заедницата и структурирани стратегии за јакнење на родителите. Професионалците дополнително повикуваат на засилен надзор, проширување на работната сила и посилна интеграција на политиките во здравствениот, образовниот и социјалниот сектор. Родителите даваат приоритет на емоционалната поддршка, механизмите за финансиска помош, намаленото време на чекање и поголемата локална достапност на услугите.

Севкупно, наодите сугерираат дека подобрувањето и проширувањето на услугите за РИД во Косово бара истовремена акција на институционално и семејно ниво. Одржливата реформа мора да комбинира системска координација, правична распределба на ресурсите, напорите за намалување на стигмата и зајакнато ангажирање на родителите за да се обезбеди инклузивна и висококвалитетна поддршка за сите деца и семејства.

Во однос на **седмото истражувачко прашање** [Како професионалците и родителите ги перцепираат моменталните нивоа на еднаквост, вклученост и досег во услугите за рана интервенција во детството центрирани околу семејството, особено во однос на ранливите доенчиња, малите деца и оние во оддалечените рурални области?] дискусијата е дадена подолу.

Видови услуги што им се обезбедуваат на родителите

Најчестата услуга што им се обезбедува на родителите во косовскиот систем за РИД е проценката на интеракцијата родител-дете (47 %). Оваа практика го нагласува препознавањето од страна на професионалците на семејната средина како централна за развојот на детето. Иако оценките се критични за прилагодување на интервенциите, преголемото потпирање на нив создава нерамнотежа, оставајќи ги семејствата без одржлива поддршка. Другите услуги - како што се управување со случаи и упатувања (18 %), едукација на родителите за време на домашни посети (13 %), едукација на родителите во групи (7 %) и групи за поддршка од врсници (15 %) - остануваат недоволно развиени. Родителите потврдуваат дека иако оценките даваат вредни сознанија, тие честопати се чувствуваат оставени сами на себе потоа, без практична обука или емоционална поддршка.

Регионалните податоци ги одразуваат овие недостатоци. Во Босна и Херцеговина, групите за поддршка на родителите се ретки, што ги ограничува можностите за учење од врсници (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Црна Гора и Србија, исто така, им даваат приоритет на оценките пред континуираната семејна поддршка (Camovic & Becirovic-Karabegovic, 2022 година). Хрватска покажува напредок во интегрирањето на структурирана едукација на родителите, но сепак покриеноста останува недоследна (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Глобално, едукацијата и поддршката на родителите се сметаат за фундаментални. (Mićanović & Novović, 2018) нагласуваат дека овластувањето на родителите како ко-терапевти е од централно значење за семејно центрираната РИД. (Sandall, McLean, & Smith, 2000) тврдат дека услугите фокусирани исклучиво на проценки ги занемаруваат психосоцијалните потреби на родителите. (Pinto, et al., 2009) го илустрираат успехот на Португалија во вградувањето на домашните посети и групите за поддршка во националните услуги.

Предизвици на персоналот во информирањето и инклузијата

Професионалците во Косово идентификуваат два клучни предизвици: стигма и недостаток на инклузија (52 %) и ограничена свест за услугите за РИД меѓу институциите (48 %). Овие бариери се меѓусебно поврзани: стигмата ги обесхрабрува семејствата да бараат услуги, додека институционалното незнаење ја ослабува системската поддршка и финансирање. Родителите потврдуваат дека често се чувствуваат осудувани, исклучени и

емоционално вознемирени поради социјални предрасуди, додека професионалците го истакнуваат недостатокот на владиното финансирање како пречка за одржливост.

Овој проблем е регионално распространет. Босна, Црна Гора и Србија се соочуваат со слични проблеми, каде што персоналот истакнува слаба институционална поддршка и постојана стигма (Samović & Becirović-Karabegović, 2022). Во Хрватска, посилните институционални рамки помогнаа да се намали стигмата и да се подобри инклузијата (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Меѓународната литература, исто така, ги идентификува стигмата и институционалното занемарување како системски бариери. (Mićanović & Novović, 2018) тврдат дека стигмата го поткопува учеството и развојот на политиките. (McManus, et al., 2020) нагласуваат дека институционалната поддршка е клучна за проширувањето на РИД. (Tutnjević & Vilendečić, 2021) истакнуваат дека професионалната обука треба да вклучува стратегии за намалување на стигмата и поттикнување на инклузијата.

Перспективи на персоналот за подобри информации

Професионалците тврдат дека ефективната комуникација со родителите е основа на семејно центрираната РИД. Тие даваат приоритет на услугите за едукација и поддршка на родителите (45 %), програмите за посета на домови (30 %) и сеопфатните развојни проценки (25 %). Ова го одразува препознавањето дека на семејствата им се потребни не само почетни евалуации, туку и континуирано водство за поддршка на своите деца. Фокус групите откриваат дека иако индивидуализираните планови се вообичаени, структурираната едукација и коучинг на родителите остануваат недоследни.

Регионалните наоди ги потврдуваат овие потреби. Во Босна и Црна Гора, професионалците бараат построкурирано родителско образование (Tutnjević & Vilendečić, 2021). Хрватскиот систем покажува дека структурираното родителско образование води до подобри резултати, но сè уште нема универзална примена (Ljubešić & Šimleša, 2016).

Важноста на родителското образование е добро воспоставена. (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) истакнуваат дека родителите кои редовно добиваат обука поефикасно ги одржуваат интервенциите. Авторите (Raver & Childress, 2015) покажуваат дека соработката со планирањето ги подобрува семејно професионалните односи. (Pinto, et al., 2009)

покажуваат дека Португалија го институционализираа родителското образование како основна услуга, зајакнувајќи го вклучувањето на родителите.

Наодите покажаа дека и професионалците и родителите ја сметаат еднаквоста, вклученоста и досегот во услугите за рана интервенција во детството центрирани кон семејството во Косово како недоволни, особено за ранливи доенчиња, мали деца и семејства во оддалечените рурални области. Иако проценката на интеракцијата родител-дете е најчесто обезбедената услуга (47%), родителите известуваат дека поддршката често запира на евалуација, без конзистентно следење, структурирано образование или емоционално водство. Услугите како што се управување со случаи и упатувања (18%), едукација на родителите за време на домашни посети (13%), групи за поддршка од врстници (15%) и образование базирано на групи (7%) остануваат ограничени, што укажува на нерамнотежа помеѓу дијагностичките практики и одржливата семејна поддршка.

Професионалците ги идентификуваат стигмата и недостатокот на вклученост (52%), заедно со ограничената институционална свест (48%) како главни пречки за правично обезбедување услуги. Родителите потврдуваат дека стигмата го обесхрабрува однесувањето при барање помош, особено во руралните и малцинските заедници каде што културните ставови остануваат вкоренети. Во исто време, слабите механизми за досег и фрагментираната институционална координација ја намалуваат видливоста и пристапноста до услугите за ранливите групи. Перспективите на персоналот дополнително ја истакнуваат потребата од посилна едукација и поддршка на родителите (45%), проширени програми за посети на домови (30%) и сеопфатни развојни проценки (25%). Овие приоритети го одразуваат признавањето дека правичната и инклузивна РИД бара не само идентификација, туку и континуирано ангажирање со семејствата. Наодите покажуваат дека иако професионалците и родителите ја признаваат важноста на принципите ориентирани кон семејството, сегашните нивоа на досег и вклучување остануваат нееднакви. Ранливите и руралните семејства доживуваат сложени бариери поради стигма, ограничена свест и недоволна структурирана поддршка. Зајакнувањето на услугите во домот, проширувањето на едукацијата на родителите, намалувањето на стигмата и подобрувањето на институционалната координација се сметаат за суштински чекори кон постигнување правични и инклузивни услуги за РИД низ целото Косово.

Во однос на **осмото истражувачко прашање** [Како се пренесуваат информациите меѓу професионалците и родителите во контекст на рана интервенција во детството ориентирана кон семејството и како ефективната комуникација придонесува за позитивни резултати за децата и семејствата?] дискусијата е дадена подолу.

Динамика на комуникацијата помеѓу професионалците и родителите во семејно центрираната рана интервенција во детството: механизми, квалитет и резултати

Во Косово, најчесто, информациите се споделуваат за време на сесиите во центрите преку усни известувања пред и по терапијата. Не секогаш се даваат писмени белешки од сесиите, персонализирани семејни планови и стандардизирани упатства за домашна употреба. Комуникацијата за време на домашните посети е сè уште невообичаена бидејќи системот е фокусиран на институциите. Луѓето неформално користат телефонски повици и апликации за пораки, но не постои рамка за нив. Сличности во регионот: Србија, Црна Гора и Босна зависат од брифинзи водени од давателите на услуги, во центарот со минимални писмени упатства; Хрватска покажува поорганизирани планови за домашна употреба, но неконзистентна рурална покриеност (Tutnjević & Vilendečić, 2021).

Докази од целиот свет: Методите центрирани кон семејството нагласуваат мултимодална, рутински интегрирана комуникација (вербална + писмена + коучинг) (Raver & Childress, 2015). Португалија ја официјализираше комуникацијата меѓу заедниците според (Pinto, et al., 2009).

Јасност, навременост и континуитет

Три работи што функционираат заедно за да се осигурат дека експертите и родителите во рана интервенција во детството можат да разговараат едни со други јасно, навремено и континуирано се јасност, навременост и континуитет. Овие аспекти заедно одлучуваат колку добро луѓето соработуваат, колку се вклучени родителите и што детето на крајот ќе научи. Јасноста е колку лесно родителите ги сфаќаат и добиваат информации. Во многу системи за РИД, како што е Косово, родителите може да имаат проблеми со разбирањето на она што се кажува, бидејќи професионалците користат многу жаргон и прекинати вербални објаснувања. Семејствата често велат дека ажурирањата се кратки, технички или не вклучуваат доволно контекст, што го отежнува разбирањето каков

напредок е постигнат или што да се прави следно дома. Кога специјалистите користат едноставен јазик, визуелни помагала или кратки пишани белешки што родителите може да ги понесат дома за да ја сумираат секоја сесија, родителите имаат поголема веројатност да ги следат нивните совети и да се чувствуваат посигурни. Јасноста ја промовира довербата со тоа што ги претвора комплицираните медицински идеи во едноставни работи што родителите можат да ги прават секој ден.

Навременоста е давање информации на луѓето во вистинско време, особено во важни моменти од процесот, како што се скрининг, дијагноза, започнување терапија и преглед на напредокот. Недобивањето наоди од проценката, неорганизирањето сесии или неинформирањето на луѓето дали се подобни може да предизвика стрес, конфузија и подолги развојни опасности. Семејствата треба да дејствуваат брзо, да ги искористат важните развојни периоди и да останат мотивирани. Редовните и предвидливи комуникации, како што се неделни резимеа, СМС потсетници или планирани разговори за следење, генерираат ритам и предвидливост што се важни за вклучување на луѓето. Во системите каде што информациите доаѓаат доцна или само понекогаш, луѓето имаат тенденција да губат интерес, а семејствата често се чувствуваат игнорирани или неуки.

Континуитетот е постојан и координиран проток на информации низ експерти, институции и фази на услуги. Во Косово, како и на многу други места во Западен Балкан, здравствениот, образовниот и социјалниот сектор често се распаднали, што им отежнува на луѓето да разговараат едни со други. За време на првата проценка, семејството може да добие многу информации, но откако ќе започне со терапијата, може да не добие ништо повеќе или може да изгуби контакт кога ќе престанат програмите финансирани од донатори. Овој недостаток на конзистентност го отежнува чувството на безбедност и знаењето што да очекувате, што е важно за успешна интервенција. За да се продолжи со напредокот и да се минимизира дуплирањето или губењето на информации, од суштинско значење е да се имаат редовни контроли, споделени досиеја на случаи и начини различните институции да комуницираат едни со други (како што се обрасци за упатување со повратни информации).

Студиите покажуваат дека јасноста, точноста и континуитетот се најважните делови од системите центрирани кон семејството кои функционираат. На пример, интегрираниот модел на РДИ во Португалија користел структурирани комуникациски протоколи за да се

осигури дека секој родител добива јасни писмени информации, брзи повратни информации и редовни ажурирања од сите агенции. (Pinto, et al., 2009). покажале дека фрагментираните системи во САД и на Балканот водат до помала вклученост и поголема нееднаквост кога комуникацијата е бавна, непрецизна или недоследна. Наодите покажаа дека комуникацијата помеѓу професионалците и родителите во системот за рана интервенција во детството на Косово останува во голема мера вербална, базирана на центарот и неформална, што ја ограничува јасноста, континуитетот и заедничкото донесување одлуки. Повеќето информации се разменуваат пред или по терапевтските сесии преку кратки вербални ажурирања. Писмените извештаи, структурираното водство за дома и индивидуализираните семејни планови не се обезбедуваат конзистентно. Комуникацијата преку телефонски повици или апликации за пораки се јавува, но без стандардизирана рамка. Комуникацијата дома останува ограничена поради институционалниот фокус на услугите. Родителите пријавуваат тешкотии поврзани со јасноста, особено кога професионалците користат техничка терминологија без практични објаснувања. Тие често изразуваат несигурност во врска со напредокот, следните чекори или како да се применат стратегиите дома. Доцнењата во добивањето на резултатите од проценката или ажурирањата за листите на чекање, исто така, влијаат на довербата и ангажманот. Професионалците ги признаваат овие предизвици и признаваат дека структурираните алатки за комуникација би ја подобриле соработката.

Ефективната комуникација е силно поврзана со позитивни резултати. Кога информациите се јасни, навремени и континуирани, родителите се чувствуваат овластени, посигурни во поддршката на своето дете и е поголема веројатноста доследно да ги следат стратегиите за интервенција. Континуитетот низ секторите останува слаб, бидејќи протокот на информации помеѓу здравствените, образовните и социјалните услуги е често фрагментиран. Отсуството на споделена документација за случаи и координирани механизми за повратни информации придонесува за конфузија и дуплирање. Свкупно, и професионалците и родителите ја сметаат комуникацијата за централна за практиката ориентирана кон семејството. Подобрувањето на мултимодалната комуникација преку писмени резимеа, структурирани системи за следење, координирани повратни информации од упатувања и проширен дијалог во домот би го подобрило родителското ангажирање, би

ја зајакнало соработката и би придонело за поодржливи развојни резултати за децата и семејствата во Косово.

VI. ЗАКЛУЧОК

Главната цел на програмите за рана интервенција во детството во Косово е да им се помогне на децата кои имаат попреченост или заостануваат во развојот. Исто така, семејството може да научи некои работи од нив за тоа како да го подобри животот на своите деца. Дури и ако системот станал подобар, прегледот на секое поглавје покажува дека тој е сè уште пристрасен, нецелосен и базиран на фактори кои имаат малку врска со управувањето. Отсуството на национални податоци, географските разлики, економската нееднаквост, стигмата и несоодветните институционални рамки заедно придонесуваат за намалена пристапност и одржливост на услугите. Во овој заклучок, нагласуваме теми што се повторуваат и нудиме начини за поттикнување на порамноправно и општество центрирано кон семејството преку интеграција на квантитативни истражувања, фокус групи, регионални студии и најдобри глобални практики. Домот на една личност има големо влијание врз тоа колку вреди нивниот капитал. Семејствата што живеат во градовите се чини дека имаат јасна корист бидејќи лесно можат да дојдат до широк спектар на услуги, специјалисти и терапии. Во руралните области, проблемите со пристапноста може да се појават затоа што нема доволно услуги, нема доволно начини за движење или луѓето живеат далеку еден од друг.

Овие фактори го отежнуваат исчезнувањето на разликите во социоекономскиот статус. Затоа многу млади не добиваат помош кога навистина им е потребна. (Pinto et al., 2009) и (Ljubešić & Šimleša, 2016) велат дека постојат слични разлики помеѓу руралните и урбаните региони во Босна, Србија и Црна Гора. Демократиите како Португалија и Хрватска илустрираат дека децентрализираните мрежи и системската интеграција можат да помогнат во намалувањето на нееднаквоста. Студии од целиот свет, вклучително и една од Шпанија (Jimenez-Arberas et al., 2024), покажуваат дека технологијата може да го олесни разговорот со оние кои не се нужно заинтересирани. За да се бори против овие неправедни околности во Косово, Владата треба да се концентрира на услуги кои се мобилни, домашни и базирани во заедницата. Треба да користиме дигитална технологија додека се справуваме со проблемите во другите делови од светот. Состојбата на детето е тесно поврзана со местото каде што живее. Повеќето програми ги третираат децата со сериозни или повеќекратни тешкотии, затоа не им помагаат на децата кои покажуваат рани знаци на проблеми со менталното здравје, како што се емоционални или проблеми во однесувањето.

Неконзистентните процеси на скрининг и упатување ги влошуваат постојните разлики (Espe-Sherwindt & Serrano, 2016) зборуваат за студии од целиот свет кои покажуваат дека здравствените и образовните институции треба да користат универзално следење на развојот за да се осигури дека ниедно дете нема да остане во пукнатините. За сите деца во Косово да добијат соодветна медицинска нега, важно е да се заменат сегашните несоодветни механизми за откривање со кохезивен национален систем за рано откривање (Bylykbashi, 2020).

Во однос на економската состојба некои од проблемите со кои се соочуваат семејствата со ниски приходи вклучуваат грижа за другите, справување со спорадична работа и зголемување на цените. Богатите семејства можеби ќе можат да избегнат системски проблеми ако можат да платат за приватна или странска здравствена заштита. Негувателите кои се навистина под стрес имаат помала веројатност да ги задржат луѓето со ниски приходи во програмите долго време и да имаат проблеми со добивањето услуги. Неколку студии спроведени низ целиот свет покажаа врска помеѓу ниските стапки на сиромаштија и недобивањето доволно помош на почетокот (McManus et al., 2020). Истите трендови може да се забележат низ целиот остатокот од Балканот. Еден начин да се помогне на семејствата со ниски приходи е да им се обезбедат субвенции за превоз, зголемено јавно финансирање и субвенции прилагодени на нивните потреби. Доколку не се направат овие промени, РИД може да заврши со одржување на лоши шеми наместо да се ослободи од нив. Луѓето во Косово треба да можат да добијат услуги за РИД, а донаторите треба да се погрижат за ова. Приватните организации и бизнисите се вклучија да помогнат бидејќи владата не е доволно силна. Овие програми обезбедуваат корисни терапии, вклучувајќи ПАО, логопедска терапија и работна терапија, но тие не се совршени, а проблемите често може да се влошат по завршувањето на програмата.

Родителите изразија неколку грижи, како што се високите трошоци, недостатокот на услуги за ментално здравје за возрасни и непредвидливоста на терапевтските исходи. Медицинскиот персонал не соработува или не ги отфрла застарените методологии; терапијата ориентирана кон траума или технологија е недоволна. Сè уште нема доволно опции за школување, советување и поддршка од врсници, дури и кога евалуациите за семејствата покажуваат дека системот не успева. Меѓународни студии како што се (Pinto, et al., 2009) покажаа дека силните јавни рамки, како што е примерот со

меѓуинституционалниот модел на Португалија, се клучни за постигнување одржливост и правда. Косово мора брзо да се префрли на систем администриран од владата бидејќи сегашниот модел на даватели на услуги не функционира. Треба да размислиме колку долго децата треба да чекаат и колку се ангажирани нивните родители. Долгото време на чекање (шест до дванаесет месеци или повеќе) значеше дека многу пациенти не ја добиле потребната развојна грижа. Но, 70 % од семејствата добиле третман во рок од три месеци. Родителите низ целата земја стануваат сè полуги и револтирани бидејќи услугите траат подолго од очекуваното. Не е типично родителите да прават и тестирање и терапија истовремено. Стратегијата на рана интервенција во детството центрирана кон семејството е во опасност ако нема домашна поддршка за интервенциите. Истражувања од целиот свет (Raver & Childress, 2015) сугерираат дека кога родителите се вклучени, раната интервенција во детството функционира подобро и трае подолго. На родителите во Косово треба да им биде лесно да соработуваат и да добијат помош.

Податоците покажуваат дека постојат структурни нееднаквости и дека поединците ги следат најдобрите практики за испорака на услуги во однос на тоа колку често, колку долго и каде го прават тоа. Повеќето ученици одат на нивните часови што траат еден час секоја недела. Сепак, семејствата што живеат на оддалечени места или со ниски финансиски средства може да откријат дека фреквенцијата и квантитетот на овие сесии значително варираат. Во споредба со услугите што ги нудат институциите (77 – 82 %), помошта од семејството и пријателите не е многу корисна. Кога овој фокус ги влошува проблемите со парите и локацијата, на родителите им станува потешко да наметнат дисциплина (Pinto et al., 2012) покажаа дека интервенциите мора да се спроведуваат во автентични семејни средини за да се постигне трајна ефикасност. Косово треба да учи од тактиките на телеинтервенција на Португалија и Шпанија и да воспостави мрежа на центри за услуги за да се намали нееднаквоста и да се вклучат повеќе семејства.

Обезбедувањето професионалците да ја имаат потребната обука и надзор е значаен структурен проблем. Податоците покажуваат дека професионалците поминуваат низ многу различни програми за обука секоја година. Повеќето од нив не добиваат доволно обука на работното место. Повеќето шефови се повеќе загрижени за управување отколку за стекнување поголемо образование или повисоко напредување на своите работни места. Во одредени ситуации, тие значат различни работи. Луѓето кои работат во занимања на кои им

е потребна интелектуална и практична експертиза може да имаат проблеми со добивањето на потребната обука, особено на места каде што е потешко да се патува. Нашите наоди и меѓународни истражувања покажуваат дека варијациите во квалитетот на услугите траат поради нередовна обука. Според (McManus et al., 2020) Косово треба да се фокусира на подобрување на образованието пред вработување, градење робусни програми за менторство и претворање на доживотното учење во дел од вработувањето. Некои модерни стратегии фокусирани на семејството, кои би можеле значително да го подобрат квалитетот на услугите и да им дадат на семејствата поголема моќ, вклучуваат родителска обука и инклузивни практики.

Финансиските проблеми, недоволните податоци, институционалната неспособност и стигмата се тесно поврзани едни со други. Луѓето кои се стигматизирани имаат потешкотии да направат системски промени. Луѓето од руралните средини и малцинските групи може да имаат проблеми и со добивањето здравствена заштита. За да донесуваме одлуки врз основа на факти и да сфатиме што треба да се направи за развој, ни требаат сигурни национални статистики. Институционалното занемарување се случува кога владата не обрнува внимание или не се ангажира. Ова го отежнува добивањето пари, да се биде забележан и да се остане во бизнисот. Семејствата со ограничени средства може да се чувствуваат осамени и ментално болни поради пари и практични проблеми. Овие тешкотии не се случуваат само во Косово; откривме дека слабите национални институции ги влошуваат работите и во други земји. За да ги надминеме овие проблеми, ни требаат координирани рамки што ги води државата, кои ги комбинираат напорите базирани на заедницата со промени во начинот на кој се прават работите.

Врската помеѓу родителите и експертите ни дава сила кога работите се тешки. Луѓето работат заедно за да се осигурат дека луѓето што живеат во руралните региони имаат ист пристап до услуги, ги зајакнуваат семејствата, им помагаат да добијат долгорочни заеми и им обезбедуваат можности за континуирана обука. Родителите ја ставаат финансиската помош, емоционалната поддршка и лесниот пристап до ресурси на врвот на нивната листа на најважни работи. Но, експертите се обидуваат да го подобрат системот со започнување работи како што се раниот скрининг, соработката низ регионите и подобрата комуникација меѓу институциите. Според триангулацијата на ставовите, многу е важно за долгорочниот успех на раната интервенција во детството да се комбинираат двете нивоа на загриженост.

Наодите од глобалните студии на случаи, како што е интегрираната рамка на Португалија (Pinto et al., 2012), ја нагласуваат важноста на јакнењето на семејствата и подобрувањето на капацитетот на системот за успех.

Наодите покажуваат дека програмите за РИД во Косово им помагаат на семејствата и децата; сепак, овие програми се неефикасни, нееднакви и им се потребни значителни модификации за трајно решавање на проблемите (Bylykbashi, 2020). За да ги постигне целите на раната интервенција, кои вклучуваат подобрен неонатален развој, посилни семејства и пониски долгорочни трошоци за општеството, треба да се фокусираме на праведност, институционална посветеност и политики фокусирани на семејството (Hoxha et al., 2025). Во иднина, најважните работи што треба да се направат се подобрување на професионалната обука и рефлексивниот надзор (Hoxha & Ristovska, 2024). Некои други важни работи на кои треба да се работи се затворање на јазот во услугите преку децентрализација и користење на телеинтервенција, додавање рамки за рано откривање за сите развојни потреби во системот, намалување на економските бариери преку зголемување на јавното финансирање и субвенциите, давање поголема моќ на родителите преку систематско тренирање и вклучување, и борба против стигмата преку подигање на свеста и вклучување на сите.

VII. БИБЛИОГРАФИЈА

1. Abdel-Malek, A. (2021). Family Wellbeing: Equitable, Accessible, and Quality Services for Children and Youth with Complex Care Needs.
2. Akademi, P., Tunç, S., & Avcı, G. (n.d.). YILDIZ International Conference on Educational Research and Social Sciences Proceedings Book.
3. Allen, M., & others. (1992). *Helping children by strengthening families: A look at family support programs*. ERIC.
4. Almasri, N. A., An, M., & Palisano, R. J. (2018). Parents' perception of receiving family-centered care for their children with physical disabilities: a meta-analysis. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 38, 427–443.
5. ASSESSMENT, A. H. (n.d.). CHILDREN AND YOUNG PEOPLE'S RESPONSE TO PARENTAL ILLNESS.
6. Babić-Čolaković, D., Pasalic, A., & Memisevic, H. (2016). Early intervention in Bosnia and Herzegovina-a description of a model implemented in Zenica-Doboj Canton. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 8, 113–119.
7. Bagur, S., Cañas-Lerma, A. J., Mut-Amengual, B., & Verger, S. (2025). The impact of family characteristics on the level of empowerment and the level of Family Quality of Life of parents using Early Childhood Intervention services. *International Journal of Developmental Disabilities*, 71, 321–330.
8. Bailey, D. B., & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Prentice Hall.
9. Baird, S., & Peterson, J. (1997). Seeking a comfortable fit between family-centered philosophy and infant-parent interaction in early intervention: Time for a paradigm shift? *Topics in early childhood special education*, 17, 139–164.
10. Bairrão, J. (2003). Understanding functioning and disability in early childhood: Intervention theories and models. *Lição proferida no âmbito do International Program in Early Childhood Intervention–Vasteras, Sweden*.
11. Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17, 15–29.

12. Bairrão, J., Felgueiras, I., & Chaves De Almeida, I. (1999). Early intervention in Portugal. *Symposium on Excellence in Early Childhood Intervention*.
13. Barros, A. J., & Ewerling, F. (2016). Early childhood development: a new challenge for the SDG era. *The Lancet Global Health*, 4, e873–e874.
14. Batz, R., & Yadav, A. (2024). Parents' experiences navigating early intervention and early childhood special education services: A qualitative metasynthesis. *Journal of Early Intervention*, 46, 19–38.
15. Betts, J., & Lata, D. (2009). Inclusion of children with disabilities: The early childhood Imperative.
16. Björk, A. (2020). Premature Birth & Postpartum Depression in Kosovo: Early Childhood Development. *Premature Birth & Postpartum Depression in Kosovo: Early Childhood Development*.
17. Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., . . . others. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The lancet*, 389, 77–90.
18. Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional children*, 70, 167–184.
19. Boavida, T., Silva, C., Aguiar, C., & McWilliam, R. A. (2022). Measuring professionals' perceptions about collaborative consultation in early childhood intervention. *International Journal of Inclusive Education*, 26, 1309–1326.
20. Brandao, M. d., Frota, L. M., Miranda, J. L., Cavalcante Brasil, R. M., & Mancini, M. C. (2019). Family-centered early intervention program for Brazilian infants with congenital Zika virus syndrome: a pilot study. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 39, 642–654.
21. Brannon, G. E., Ray, M. R., Lark, P., & Kindratt, T. B. (2022). Influence of pediatric patients' developmental or chronic health condition status as a predictor of parents' perceptions of patient-and family-centered care. *Health communication*, 37, 880–888.

22. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
23. Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes.
24. Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology, 1*.
25. Brown, M. B. (2011). The mucopolysaccharidoses.
26. Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional children, 76*, 339–355.
27. Bruder, M. B. (2016). Personnel development practices in early childhood intervention. In *Handbook of early childhood special education* (pp. 289–333). Springer.
28. Bruder, M. B., & Bologna, T. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. *Family-centered early intervention with infants and toddlers: Innovative cross-disciplinary approaches*, 103–127.
29. Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2008). Factors related to the scope of early intervention service coordinator practices. *Infants & Young Children, 21*, 176–185.
30. Bruder, M. B., Gundler, D., Stayton, V., & Kemp, P. (2021). The early childhood personnel center: Building capacity to improve outcomes for infants and young children with disabilities and their families. *Infants & Young Children, 34*, 69–82.
31. Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Business research methods 3e*. Oxford university press, USA.
32. Bugno, L., Moretto, G., Agostinetto, L., & others. (2023). BenveNIDO: an innovative child/family-centered approach and intercultural practice in nursery school. In *Children as Peacemakers in Divided Societies: Educational Approaches. Book of Abstract* (pp. 78–78).
33. Bylykbashi, S. (2020). The sustainability of child protection services in the Republic of Kosovo.
34. Caka, V. B. (2025). Review on the Situation of Children with disabilities in Inclusive Education in Kosovo. *Academicus International Scientific Journal, 16*, 65–81.

35. Camovic, D., & Becirovic-Karabegovic, J. (2022). Educational Quality of Early Childhood Education in Bosnia and Herzegovina. *European Journal of Educational Research, 11*, 1923–1936.
36. Carnelli, M., & Dreesen, T. (2022). Reopening with Resilience: Lessons from Remote Learning during COVID-19 in Europe and Central Asia. *UNICEF*.
37. Carter, A. S., & Murdock, K. K. (2001). The family as a context of psychological functioning. *Family environment and intellectual functioning: A life-span perspective*, 1–22.
38. Chavez, A. E. (2023). *Decomposing relational mechanisms of parent engagement in early intervention: An examination of working alliance and family-centered practices*. Ph.D. dissertation, University of Massachusetts Boston.
39. Christon, L. M., & Myers, B. J. (2015). Family-centered care practices in a multidisciplinary sample of pediatric professionals providing autism spectrum disorder services in the United States. *Research in Autism Spectrum Disorders, 20*, 47–57.
40. Čivrag, T., Alimović, S., & Lisak Šegota, N. (2025). Effective Practices in the Croatian Early Childhood Intervention Service: What Have We Learnt from its Implementation? *Early Childhood Education Journal*, 1–13.
41. Cohen, R., Lavasch, C., Adams, P., & Nelson, K. (1995). Strengthening partnerships between families and service providers. In Reinventing Human Services: Community- and Family-Centered Practice. *Strengthening partnerships between families and service providers. In Reinventing Human Services: Community- and Family-Centered Practice*. New York: Aldine De Gruyter.
42. Cohen, S. E., & Syme, S. I. (1985). *Social support and health*. Academic press.
43. Cook, R. E., Klein, M. D., & Chen, D. (2015). *Adapting early childhood curricula for children with special needs*. Pearson.
44. Crais, E. R. (1993). Families and professionals as collaborators in assessment. *Topics in language disorders, 14*, 29–40.
45. Crais, E. R. (1996). Applying family-centered principles to child assessment. *Practical strategies for family-centered early intervention*, 69–96.

46. Creswell, J. W. (2009). Research designs. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.
47. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
48. Crossman, M. K., Parish, S. L., Hauser-Cram, P., Garcia, D. A., & Warfield, M. E. (2018). The influence of early intervention, informal support and the family environment on trajectories of competence for fathers raising children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 81, 122–133.
49. Cruz, D. (2023). *Developmental Trauma: Theory, Research and Practice*. Routledge.
50. Čvorović, J. (2022). Stunting, maternal investment, and early child development in Serbian Roma children aged 36–59 months. *Гласник Етнографског института САНУ*, 70, 175–191.
51. de Albuquerque, E. R. (2018). *Percepções de professores sobre práticas inclusivas para alunos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual com Currículo Específico Individual*. Master's thesis, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal).
52. Dempsey, I., & Dunst, C. J. (2004). Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 40–51.
53. Dias, P. C., & Cadime, I. (2019). Child and family-centered practices in early childhood education and care services: An empirical study with families and practitioners in Portugal. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36, 285–294.
54. Dunst, C. J. (2000). Revisiting" rethinking early intervention". *Topics in early childhood special education*, 20, 95–104.
55. Dunst, C. J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. *The journal of special education*, 36, 141–149.
56. Dunst, C. J. (2010). Family and community life as the contexts for supporting and strengthening child learning and development. *Eight National Congress on Early Intervention with Young Children*. Aveiro.

57. Dunst, C. J. (2014). Family-Centred Practices: What Are They and Why Should You Care? *Récupéré le*, 14, 2017.
58. Dunst, C. J. (2015). Improving the design and implementation of in-service professional development in early childhood intervention. *Infants & young children*, 28, 210–219.
59. Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-centered practices in early childhood intervention. In *Handbook of early childhood special education* (pp. 37–55). Springer.
60. Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Let's be PALS: An evidence-based approach to professional development. *Infants & Young Children*, 22, 164–176.
61. Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2014). Capacity-building family-systems intervention practices. In *Family support and family caregiving across disabilities* (pp. 33–57). Routledge.
62. Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional children*, 58, 115–126.
63. Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1994). *Enabling and empowering families*. Brookline books.
64. Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1994). *Supporting & strengthening families, Vol. 1: Methods, strategies and practices*. Brookline Books.
65. Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13, 370–378.
66. Engle, P. L., Black, M. M., Behrman, J. R., De Mello, M. C., Gertler, P. J., Kapiriri, L., . . . Young, M. E. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The lancet*, 369, 229–242.
67. Epley, P. H., Summers, J. A., & Turnbull, A. P. (2011). Family outcomes of early intervention: Families' perceptions of need, services, and outcomes. *Journal of Early intervention*, 33, 201–219.

68. Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for learning*, 23, 136–143.
69. Espe-Sherwindt, M., & Serrano, A. M. (2016). It takes two: The role of family-centered practices in communication intervention. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36, 162–169.
70. Felgueiras, I. (1997). Modelos de intervenção precoce em crianças com necessidades educativas especiais. *Cadernos do CEACF*, 13–14.
71. Felgueiras, I. (2000). Perspectivas actuais sobre intervenção precoce: Relato do simpósio Excellence in Early Childhood Intervention [Current perspectives on early intervention: Report of the symposium Excellence in Early Childhood Intervention]. *Cadernos CEACF*, 15, 16, 7–27.
72. Felgueiras, I., Bairrão, J., & Pimentel, J. S. (1987). O Programa de atendimento precoce a crianças deficientes na DSOIP O Modelo Portage para Pais. *Cad-ernos DSOIP*, 11, 57–61.
73. Fewell, R. R. (1983). Assessing handicapped infants. *Educating handicapped infants: Issues in development and intervention*, 257–297.
74. Fincher, A. (2024). Implementing Family-Centered Practices as a Family Service Coordinator to Improve Early Intervention Outcome.
75. Fleming, J. L., Sawyer, L. B., & Campbell, P. H. (2011). Early intervention providers' perspectives about implementing participation-based practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30, 233–244.
76. Forlin, P., & Forlin, C. (1996). Legal frameworks for devolution in regular and special education. *Australian Journal of education*, 40, 177–189.
77. Frugone-Jaramillo, M., & Gràcia, M. (2023). Family-centered approach in Early Childhood Intervention of a vulnerable population from an Ecuadorian rural context. *Frontiers in Psychology*, 14, 1272293.
78. Fults, R. M. (2011). *A qualitative examination of the barriers and facilitators of family centered care and service provision in the natural environment*. University of Miami.

79. García-Grau, P., McWilliam, R. A., Martínez-Rico, G., & Morales-Murillo, C. P. (2019). Child, family, and early intervention characteristics related to family quality of life in Spain. *Journal of Early Intervention, 41*, 44–61.
80. Gavidia-Payne, S., Meddis, K., & Mahar, N. (2015). Correlates of child and family outcomes in an Australian community-based early childhood intervention program. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 40*, 57–67.
81. Ghulamani, H. (2017). Exploring family centered and socioculturally responsive practices in early childhood providers' self-identified dilemmas of practice.
82. Gilkerson, L., & Shahmoon-Shanok, R. (2000). Relationships for growth: Cultivating reflective practice in infant, toddler, and preschool programs. *WAIMH handbook of infant mental health, 2*, 3–32.
83. Goldfarb, F. D., Devine, K., Yingling, J. T., Hill, A., Moss, J., Ogburn, E. S., . . . Pariseau, C. (2010). Partnering with professionals: Family-centered care from the parent perspective. *Journal of Family Social Work, 13*, 91–99.
84. Gorgadze, M., Tuna, C., & Duysak, A. (n.d.). Kosovo Educational Research Journal.
85. Graham, N. (2014). Children with disabilities. *Paper commissioned for Fixing the broken promise of education for all: Findings from the global initiative on out-of-school children (UIS/UNICEF, 2015), Montreal: UNESCO Institute for Statistics (UIS).*
86. Guralnick, M. J. (2005). The developmental systems approach to early intervention. (*No Title*).
87. Guralnick, M. J. (2008). International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of early intervention, 30*, 90–101.
88. Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants & young children, 24*, 6–28.
89. Harbin, S. G., Choi, G., & Fettig, A. (2024). Reconceptualizing family-centered partnerships in parent-implemented interventions. *Infants & Young Children, 37*, 256–269.

90. Hasser, K. (2022). Early Intervention: Reducing the Impact of Risk Factors/Early Intervention: Maximizing Developmental Outcomes Through Family-Centered Practices.
91. Hebbeler, K., Spiker, D., Bailey, D., Scarborough, A., Mallik, S., Simeonsson, R., & Nelson, L. (2007). Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services, and outcomes. *Menlo Park, CA: SRI International*, 116.
92. Hesse-Biber, S. N. (2010). *Mixed methods research: Merging theory with practice*. Guilford press.
93. Hile, K. A., Milagros Santos, R., & Hughes, M.-a. (2016). Preparing early interventionists to implement family-centered practices. *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 37, 314–330.
94. Hix-Small, H., & Ilić, S. (2017). Situation analysis of early intervention in Republic of Serbia. *Proceedings-Eurlyaid Conference 2017 „Early Childhood Intervention: For meeting sustainable development goals of the new millennium “*, Beograd, Srbija, 06–08. 10.2017., (pp. 33–38).
95. Hodgetts, S., Nicholas, D., Zwaigenbaum, L., & McConnell, D. (2013). Parents' and professionals' perceptions of family-centered care for children with autism spectrum disorder across service sectors. *Social Science & Medicine*, 96, 138–146.
96. Hoxha, G. R., & Ristovska, A. K. (n.d.). Family-Centered Early Childhood Intervention in Kosovo: Perceptions of Parents.
97. Hoxha, G. R., & Ristovska, A. K. (n.d.). Professionals' Perceptions on Family-Centered Early Childhood Intervention for Children with Developmental Delays in Kosovo.
98. Hughes-Scholes, C. H., & Gavidia-Payne, S. (2019). Early childhood intervention program quality: Examining family-centered practice, parental self-efficacy and child and family outcomes. *Early Childhood Education Journal*, 47, 719–729.
99. Jimenez-Arberas, E., Casais-Suarez, Y., Fernandez-Mendez, A., Menendez-Espina, S., Rodriguez-Menendez, S., Llosa, J. A., & Prieto-Saborit, J. A. (2024). Evidence-based implementation of the family-centered model and the use of tele-intervention in early childhood services: A systematic review. *Healthcare*, 12, p. 112.

100. Karovska Ristovska, A. (2021). Early intervention and early childhood special education: How to establish good practices. *Research and Reviews in Educational Sciences–I. Gece Kitaplığı*.
101. Karovska Ristovska, A., Filipovska, M., Ajdinski, G., Chichevska Jovanova, N., Dimitrova Radojichikj, D., Rashikj Canevska, O., . . . others. (2023). Situation Analysis on Early Childhood Intervention in North Macedonia.
102. KAROVSKA, A., & Jachova, Z. (2006). Transitions of the Children with Disabilities from the Early Intervention Services in the Regular Schools. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 7, 37–44.
103. King, G., King, S., Rosenbaum, P., & Goffin, R. (1999). Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: Linking process with outcome. *Journal of pediatric psychology*, 24, 41–53.
104. Kondirolli, F. (2017). Determinants of Early Childhood Development in Kosovo.
105. Kretzmann, J. P., & McKnight, J. (1993). Building communities from the inside out.
106. Kuhn, J., Hickey, E., Lindly, O., Stransky, M., Masaro, M., Patts, G. J., . . . others. (2023). Parenting stress, child social functioning, and part C early intervention in predominantly low-income families of children with or at high risk for developmental delay from minoritized racial and ethnic groups. *Journal of Early Intervention*, 45, 467–487.
107. Lee, Y. H. (2015). The paradox of early intervention: families' participation driven by professionals throughout service process. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 9, 4.
108. Ljubešić, M., & Šimleša, S. (2016). Early childhood inclusion in Croatia. *Infants & Young Children*, 29, 195–204.
109. Locke, J., Ibanez, L. V., Posner, E., Frederick, L., Carpentier, P., & Stone, W. L. (2020). Parent perceptions about communicating with providers regarding early autism concerns. *Pediatrics*, 145, S72–S80.

110. Mahoney, G., & MacDonald, J. D. (2007). *Autism and developmental delays in young children: The responsive teaching curriculum for parents and professionals: Curriculum guide*. Pro-ed.
111. Mahoney, G., & Wheeden, C. A. (1997). Parent-child interaction—The foundation for family-centered early intervention practice: A response to Baird and Peterson. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17, 165–184.
112. Mahoney, G., & Wiggers, B. (2007). The role of parents in early intervention: Implications for social work. *Children & Schools*, 29, 7–15.
113. Maluleke, N. P., Khoza-Shangase, K., & Kanji, A. (2021). An integrative review of current practice models and/or process of family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing. *Family & Community Health*, 44, 59–71.
114. Martínez-Lozano, J. C., & Dreesen, T. (2023). Transforming Education in Kosovo with the Learning Passport: The Case of Shkollat. org. Policy Brief. *UNICEF Innocenti-Global Office of Research and Foresight*.
115. Martínez-Rico, G., García-Grau, P., Cañadas, M., & González-García, R. J. (2023). Social validity of telepractice in early intervention: Effectiveness of family-centered practices. *Family Relations*, 72, 2535–2550.
116. Martinovic, M., Belojevic, G., Evans, G. W., Lausevic, D., Asanin, B., Samardzic, M., . . . Boljevic, J. (2015). Prevalence of and contributing factors for overweight and obesity among Montenegrin schoolchildren. *The European Journal of Public Health*, 25, 833–839.
117. Mas, J. M., Dunst, C. J., Balcells-Balcells, A., Garcia-Ventura, S., Giné, C., & Cañadas, M. (2019). Family-centered practices and the parental well-being of young children with disabilities and developmental delay. *Research in developmental disabilities*, 94, 103495.
118. Mas, J. M., Dunst, C. J., Hamby, D. W., Balcells-Balcells, A., García-Ventura, S., Baqués, N., & Giné, C. (2022). Relationships between family-centred practices and parent involvement in early childhood intervention. *European Journal of Special Needs Education*, 37, 1–13.

119. McBride, B. A., Curtiss, S. J., Uchima, K., Laxman, D. J., Santos, R. M., Weglarz-Ward, J., . . . Kern, J. (2017). Father involvement in early intervention: Exploring the gap between service providers' perceptions and practices. *Journal of Early Intervention*, 39, 71–87.
120. McDonald, M., Moore, T., & Goldfeld, S. (2012). Sustained nurse home visiting for families and children: a review of effective programs. *Prepared for Australian Research Alliance for Children and Youth. Parkville, Victoria: The Royal Children's Hospital Centre for Community Child Health, Murdoch Childrens Research Institute.*
121. McManus, B. M., Murphy, N. J., Richardson, Z., Khetani, M. A., Schenkman, M., & Morrato, E. H. (2020). Family-centred care in early intervention: Examining caregiver perceptions of family-centred care and early intervention service use intensity. *Child: care, health and development*, 46, 1–8.
122. McWilliam, R. A. (2010). *Working with families of young children with special needs*. Guilford Press.
123. Mendes, M. L., Neves, M. M., & Guedes, M. (2000). A educação pré-escolar e os cuidados para a primeira infância em Portugal. *A educação pré-escolar e os cuidados para a primeira infância em Portugal*. Lisboa: Departamento de Educação Básica, Ministério da Educação.
124. Mertens, D. M. (2019). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Sage publications.
125. Mestrovic, J., Bralic, I., Simetin, I. P., Mujkic, A., Radonić, M., Rodin, U., . . . others. (2016). The child health care system of Croatia. *The Journal of pediatrics*, 177, S48–S55.
126. Mićanović, V., & Novovic, T. (2018). Teaching Strategies in the Preschool System of Montenegro. *Sensos-e*, 5, 18–32.
127. Michalopoulos, L., Ahn, H., Shaw, T. V., & O'Connor, J. (2012). Child welfare worker perception of the implementation of family-centered practice. *Research on Social Work Practice*, 22, 656–664.

128. Moore, T. G. (2012). Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. *Pauline McGregor Memorial Address*.
129. Movahedazarhouli, S. (2021). Parent-implemented interventions and family-centered service delivery approaches in early intervention and early childhood special education. *Early Child Development and Care*, 191, 1–12.
130. Movahedazarhouli, S., & Banerjee, R. (2020). Leadership in implementation of quality family-centred services in early childhood: an exploration of administrators' perceptions, needs and realities. *Early Child Development and Care*, 190, 948–962.
131. Muthukaruppan, S. S., Cameron, C., Campbell, Z., Krishna, D., Moineddin, R., Bharathwaj, A., . . . others. (2022). Impact of a family-centred early intervention programme in South India on caregivers of children with developmental delays. *Disability and rehabilitation*, 44, 2410–2419.
132. Nedović, G., Sretenović, I., Potić, S., & Arsić, R. (2016). Early intervention in the world: implications for improvement in Serbia. *Thematic Collection of International Importance-Early Intervention in Special Education and Rehabilitation “, Beograd, Srbija, 2016.*, 25–41.
133. Nikaj, I. (2020). Early childhood education in Albania: The outcomes and new perspectives in Korça's region. In *Electronic proceedings of the education across borders 2018 conference. Education in the 21st century: challenges and perspectives*, (pp. 492–498).
134. Novović, T. L. (2017). The preschool educational system in Montenegro: Current state and prospects. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*, 68.
135. Ognjenović, M. M., Marković, V., & Stajić, T. (n.d.). Analysis of the Parenting Support Program for Roma Families in the Republic of Serbia. *CONFERENCE PROCEEDINGS of the 1st International Conference–Challenges of Contemporary Families*.
136. Olin, S.-c. S., Hemmelgarn, A. L., Madenwald, K., & Hoagwood, K. E. (2016). An ARC-informed family centered care intervention for children's community based mental health programs. *Journal of child and family studies*, 25, 275–289.

137. Olusanya, B. O., Davis, A. C., Wertlieb, D., Boo, N.-Y., Nair, M. K., Halpern, R., . . . others. (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Global Health*, 6, e1100–e1121.
138. Olusanya, B. O., Nair, M. K., Wright, S. M., & Hadders-Algra, M. (2023). Global progress towards early childhood development for children with disabilities, 2013–2023. *BMJ Paediatrics Open*, 7, e002046.
139. Pacheco-Molero, M., Morales-Murillo, C., León-Estrada, I., & Gutiérrez-Ortega, M. (2024). Barriers perceived by professionals in family-centered early intervention services: A systematic review of the current evidence. *International Journal of Early Childhood*, 1–21.
140. Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2014). Early intervention in Portugal: Study of professionals' perceptions. *Journal of Family Social Work*, 17, 263–282.
141. Petriwskyj, A. (2010). Who has rights to what? Inclusion in Australian early childhood programs. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 11, 342–352.
142. Phillips, D. A., & Shonkoff, J. P. (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development.
143. Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., De Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., . . . others. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the developmental systems model. *Infants & Young Children*, 25, 310–322.
144. Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J. S., & Novais, I. (2009). Intervenção e investigação em idades precoces: O legado de Joaquim Bairrão. *Psicologia*, 23, 21–42.
145. Pletcher, L. C., & McBride, S. (2000). Family-centered services: Guiding principles and practices for delivery of family centered services. *Des Moines, IA: Iowa State Department of Education*.
146. Pocinho, M., & Anjos, V. N. (n.d.). CONVERSAS DE PSICOLOGIA.

147. Powell, D. R. (1994). Parents, pluralism, and the NAEYC statement on developmentally appropriate practice. *Diversity and developmentally appropriate practices: Challenges for early childhood education*, 166–182.
148. Prelock, P. A., Potvin, M.-C., & Savard, L. (2017). Interprofessional education and practice: A family-centered approach to autism. *Seminars in speech and language*, 38, pp. 360–367.
149. Qirjako, G., Pesevska, D. J., Lazëri, L., & Sethi, D. (2016). 257 Situation analysis on child maltreatment prevention in Albania. *257 Situation analysis on child maltreatment prevention in Albania*. BMJ Publishing Group Ltd.
150. RA, M. (2003). THE PRIMARY-SERVICE-PROVIDER MODEL, FOR HOME-AND COMMUNITY-BASED) SERVICES. *Psicologia*, 17, 115–135.
151. Rashikj-Canevska, O., Karovska-Ristovska, A., & Bojadzhi, M. (2019). Predictors for developmental delay in children with cerebral palsy and at-risk children. *Acta Neuropsychologica*, 17, 441–453.
152. Raver, S. A., & Childress, D. C. (2015). *Family-centered early intervention*. Brookes Publishing. Baltimore.
153. Regulation, G. D., & Regulation, E. U. (2016). 679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016. *Official Journal of the European Union*.
154. Regulation, P. (2016). Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council. *Regulation (eu)*, 679, 10–13.
155. Rehurek, M. L. (n.d.). ECI uses evidence-based practices to help families.
156. Reinke, J. S., & Solheim, C. A. (2014). Families of children with Autism Spectrum Disorder: The role of family-centered care in perceived family challenges. In *Family relationships and familial responses to health issues* (pp. 247–284). Emerald Group Publishing Limited.
157. Rektina, A. (2025). EXPLORING EARLY CHILDHOOD INTERVENTION IN ITALY: AN EMPIRICAL STUDY OF FAMILY-CENTERED AND TRANSDISCIPLINARY APPROACHES. *INTED2025 Proceedings*, (pp. 3980–3985).

158. Rektina, A. (2025). Family-Centered Approach in Early Childhood Intervention: A Literature Review and Comparative Analysis of Effective Practices. *10th International Conference on Lifelong Education and Leadership for ALL (ICLEL 2024)*, (pp. 515–529).
159. Rhoades, E. A. (2017). Toward family-centered practice. *Auditory-verbal Practice: Family-centered Early Intervention*, 167–186.
160. Ristovska, A. K. (2019). Evidence based practices in early intervention. *Annual of the Faculty of Philosophy in Skopje*, 72, 473–502.
161. Ristovska, A. K., & Naumovska, G. (n.d.). Early Childhood Intervention in North Macedonia–Parents’ Perspective.
162. Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2015). Early intervention for toddlers with language delays: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 135, 686–693.
163. Roffey, S. (1999). Special needs in the early years: Collaboration, communication and coordination. (*No Title*).
164. Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (2014). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Family-Centred Assessment and Intervention in Pediatric Rehabilitation*, 1–20.
165. Rosenberg, S. A., Robinson, C. C., Shaw, E. F., & Ellison, M. C. (2013). Part C early intervention for infants and toddlers: Percentage eligible versus served. *Pediatrics*, 131, 38–46.
166. Rosenberg, S. A., Zhang, D., & Robinson, C. C. (2008). Prevalence of developmental delays and participation in early intervention services for young children. *Pediatrics*, 121, e1503–e1509.
167. Sandall, S., McLean, M. E., & Smith, B. J. (2000). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. ERIC.
168. Schertz, H. H., & Horn, K. (2018). Facilitating toddlers’ social communication from within the parent-child relationship: Application of family-centered early intervention and mediated learning principles. In *Handbook of parent-implemented interventions for very young children with autism* (pp. 141–154). Springer.

169. Shatberashvili, N., & Sadzaglishvili, S. (2024). Social Work Development in Georgia: Lessons from the COVID-19 Pandemic. In *Social Work Education and the COVID-19 Pandemic* (pp. 183–198). Routledge.
170. Sheehan, R. (1982). Infant assessment: A review and identification of emergent trends. *Intervention with at-risk and handicapped infants: From research to application*, 47–61.
171. Shelton, T. L., & Stepanek, J. S. (1994). *Family-centered care for children needing specialized health and developmental services*. ERIC.
172. Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development*, 81, 357–367.
173. Silva, M. O. (2009). Da exclusão à inclusão: concepções e práticas. *Revista lusófona de educação*, 13.
174. Sprong, M. C., Zwagerman, I. R., Soeters, L., Slieker, M. G., Takken, T., van den Hoogen, A., & van Brussel, M. (2024). Prioritizing family-centered developmental care: insights from parents of children with critical congenital heart disease: a qualitative study. *European Journal of Pediatrics*, 183, 3863–3876.
175. Stevens, S. C., Sood, S., Mertz, N., & Kostizak, K. (2020). Measuring discriminatory social norms against children with disabilities to improve communication-based programs. *Frontiers in Communication*, 5, 541901.
176. Stewart, V., Slattery, M., & McKee, J. (2021). Deaf and hard of hearing early intervention: Perceptions of family-centered practice. *Journal of Early Intervention*, 43, 221–234.
177. Summers, J. A., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A., Poston, D., & Nelson, L. L. (2005). Measuring the quality of family—professional partnerships in special education services. *Exceptional children*, 72, 65–81.
178. Tomasello, N. M., Manning, A. R., & Dulmus, C. N. (2010). Family-centered early intervention for infants and toddlers with disabilities. *Journal of Family Social Work*, 13, 163–172.

179. Trivette, C. (1997). A resource based approach to early intervention. *Contexts of Early Intervention: Systems and Settings*, 73–92.
180. Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in early childhood special education*, 30, 3–19.
181. TruTe, B. (2013). Basic family-centred practice concepts and principles. *Partnering with parents: Family-centred practice in children's services*, 19–44.
182. Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family–professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century.
183. Tutnjević, S., & Vilendečić, J. (2021). Early childhood intervention for children without parental care in Bosnia and Herzegovina: A feasibility study. *Children and Youth Services Review*, 120, 105764.
184. UNICEF. (2013). *State of the world's children 2013: children with disabilities*. UN.
185. Vanderkerken, L., Heyvaert, M., Onghena, P., & Maes, B. (2019). The relation between family quality of life and the family-centered approach in families with children with an intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 16, 296–311.
186. Vargas-Barón, E., Diehl, K., & Kakabadze, N. (2022). Methodological Guide: Research for National Situational Analyses on Early Childhood Intervention. *UNICEF: Geneva, Switzerland*.
187. Vargas-Baron, E., Small, J., Wertlieb, D., Hix-Small, H., Botero, R. G., Diehl, K., . . . Lynch, P. (2019). Global survey of inclusive early childhood development and early childhood intervention programs.
188. Vartuli, S., Bolz, C., & Wilson, C. (n.d.). A COLLECTION OF ARTICLES ON CHILDREN'S EDUCATION.
189. Xhengo, O. (2025). *Assessing the Impact of Social Policies on the Inclusion of Children with Disabilities in the Education System in Albania: A Comparative Analysis with Regional Countries*. Ph.D. dissertation, O. Xhengo.

190. Yang, C.-H., Hossain, S. Z., & Sitharthan, G. (2013). Collaborative practice in early childhood intervention from the perspectives of service providers. *Infants & Young Children*, 26, 57–73.
191. Zajicek-Farber, M. L., Long, T. M., Lotrecchiano, G. R., Farber, J. M., & Rodkey, E. (2017). Connections between family centered care and medical homes of children with neurodevelopmental disabilities: Experiences of diverse families. *Journal of child and family studies*, 26, 1445–1459.
192. Zajicek-Farber, M. L., Lotrecchiano, G. R., Long, T. M., & Farber, J. M. (2015). Parental perceptions of family centered care in medical homes of children with neurodevelopmental disabilities. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 1744–1755.
193. Zakarija-Grković, I., Boban, M., Janković, S., Čužec, A., & Burmaz, T. (2018). Compliance with WHO/UNICEF BFHI standards in Croatia after implementation of the BFHI. *Journal of Human Lactation*, 34, 106–115.
194. Zaslow, M., Anderson, R., Redd, Z., Wessel, J., Tarullo, L., & Burchinal, M. (2010). Quality Dosage, Thresholds, and Features in Early Childhood Settings: A Review of the Literature. OPRE Report 2011-5. *Administration for Children & Families*.
195. Zaslow, M., Tout, K., Halle, T., Whittaker, J. V., & Lavelle, B. (2010). Toward the Identification of Features of Effective Professional Development for Early Childhood Educators. Literature Review. *Office of Planning, Evaluation and Policy Development, US Department of Education*.
196. Zeanah, C., & Zeanah, P. (2019). Infant mental health. *Handbook of infant mental health*, 5–24.
197. Ziviani, J., Darlington, Y., Feeney, R., Rodger, S., & Watter, P. (2014). Early intervention services of children with physical disabilities: Complexity of child and family needs. *Australian occupational therapy journal*, 61, 67–75.
198. Ziviani, J., Feeney, R., & Khan, A. (2011). Early intervention services for children with physical disability: Parents' perceptions of family-centeredness and service satisfaction. *Infants & Young Children*, 24, 364–382.

VIII. ПРИЛОЗИ

Анкета на персоналот што обезбедува услуги за РИД

Почитувани колеги,

Јас сум Ѓултене Реткоцери-Хоца и со задоволство ви го претставувам прашалникот дизајниран да ги истражи перспективите на професионалците за раната интервенција во детството фокусирана на семејството.

Оваа анкета е составен дел од моето докторско истражување на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, специјално образование и рехабилитација - дефектологија.

Примарната цел на ова истражување е да ги испита перцепциите и на професионалците и на родителите во врска со раната интервенција во детството фокусирана на семејството.

Сакам да ве уверам дека вашето учество во овој прашалник е целосно анонимно и сите дадени информации ќе бидат третирали со најголема доверливост. Вашето учество во ова истражување е доброволно и ве молам за точни и веродостојни одговори.

Ви благодарам што одвоивте време да учествувате!

1. Како се вика вашата институција или организација?

2. Која е вашата работна позиција?

3. Кој е вашиот пол?

а. Женски

б. Машки

4. Која е вашата возрастна група?

а. 20–29

б. 30–39

в. 40–49

г. 50+

5. Во кои општини работите моментално?

6. На колку девојчиња и момчиња под 6 години во следните возрастни групи моментално им пружате услуги?

Години изразени во месеци	Број на девојчиња	Број на момчиња	Вкупно
а. 0 – 36			
б. 37 – 60			
в. 61 – 72			
Вкупно:			

7. Од децата помлади од 6 години што ги опслужувате, колку живеат на секој вид локација?

Области	Број на деца под 6 години
а. Рурално/село	
б. Град/населено место	
Вкупно:	

8. Какви видови услови имаат децата помлади од 6 години што ги опслужувате?

Состојби на децата	Број на деца
а. Деца во ризични ситуации (предвремено родени, со мала родилна тежина, со застој во растот, мајка помлада од 19 години)	
б. Деца со доцнење во развојот (во една или повеќе области на развој)	
в. Деца со попреченост (сите видови попреченост)	
г. Деца со состојби на регулација на однесувањето и емоциите (нарушување на аутистичниот спектар, дефицит на внимание и нарушувања на хиперактивноста)	
д. Деца со психички потреби (депресија, анксиозност, деца со различни трауматски искуства и сл.)	
ѓ. Деца со две или повеќе доцнења и попреченост	
Вкупно:	

9. Каков е општиот економски статус на семејствата на децата помлади од 6 години на кои им пружате услуги во моментот?

Економски статус	Број на деца под 6 години
а. Понизок приход	
б. Среден приход	
в. Повисок приход	
Вкупно:	

10. Кое е/се вашето/вашите професионално/и поле/полиња?

Професионално поле	Избери едно или повеќе
а. Аудиологија	
б. Ран детски развој	
в. Образование во раното детство	
г. Рана интервенција во детството	
д. Инклузивно предучилишно образование	
ѓ. Право, пречки во развојот и човекови права	
е. Управување и администрација	
ж. Лекари: педијатрија, неврологија, семејна медицина и сл.	

- з. Медицинска сестра
- с. Исхрана
- и. Окупациона терапија
- ј. Физиотерапија
- к. Психијатриска дијагноза и терапија
- л. Психолошка проценка и советување
- љ. Специјалист за здравје во заедницата
- м. Рехабилитација или хабилитација
- н. Социјална работа
- њ. Социологија
- о. Специјално образование
- п. Говорна и јазична терапија
- р. Друго (Ве молиме наведете)

11. Кои услуги за РИД лично ги нудите?

Услуги	Проверете ги сите услуги што ги обезбедувате
а. Активности за информирање на заедницата за идентификување на потенцијално подобни деца	
б. Развојни скрининзи на деца	
в. Сеопфатни проценки на сите домени на детскиот развој	
г. Специјализирани проценки на развојот на детето	
д. Утврдување на подобноста на децата за услуги за РИД	
ѓ. Проценки на интеракцијата родител-дете	
е. Проценки на здравјето, исхраната и хигиената на децата	
ж. Подготовка на индивидуализирани планови за семејни услуги (ИПСУ)	
з. Физиотерапевтски услуги	
с. Услуги за терапија со говор/јазик/слух	
и. Аудиолошки услуги	
ј. Услуги за работна терапија	

- к. Услуги за терапија на видот
- л. Психијатриска дијагноза, поддршка и третман
- љ. Психолошка проценка, советување и поддршка
- м. Услуги за управување со случаи и упатувања на други услуги
- н. Едукација на родителите за време на домашните посети
- њ. Образование на родителите во центрираните групи
- о. Родителски и врснички групи за поддршка
- п. Услуги за едукација за здравје и исхрана
- р. Едукација за лична и домашна хигиена и безбедност
- с. Планови за транзиција со родители, деца и следни даватели на услуги (директори и наставници во инклузивни предучилишни установи, основни училишта, специјализирани училишта итн.)
- т. Помош за добивање на помошни технологии (опрема)
- ќ. Онлајн посети
- у. Услуги за нега и одмор за родители
- ф. Друго (Ве молиме наведете)

12. Колку често обично му пружате услуги на секое дете?

Фреквенција на услугите	Број на деца помлади од 6 години на кои им пружате услуги
а. Еднаш месечно	
б. Два пати месечно	
в. Еднаш неделно	
г. Два пати неделно	
д. Три пати неделно	
ѓ. Четири или повеќе пати неделно	
Вкупно услужени деца:	

13. Колку долго траат вашите вообичаени посети со деца под 6 години и нивните семејства?

Вообичаено времетраење на посетите	Број на деца помлади од 6 години на кои им пружате услуги
а. 30 минути	
б. 1 час	
в. 2 часа	
г. 3 часа	
д. 4 часа	
ѓ. 5 часа или повеќе	
Вкупно услужени деца:	

14. За време на вашите посети за пружање услуги дали се среќавате со: (Вклучете ги сите деца што се пријавуваат по вид на посета на сервисот)

Вид на посета за пружање на услуги	Број на деца помлади од 6 години на кои им пружате услуги
а. Само дете, родителот не е присутен	
б. Две или повеќе деца заедно, родителот не е присутен	
в. Едно дете, а родителот гледа	
г. Две или повеќе деца, при што родителите набљудуваат	
д. Детето и родителот заедно и вие го тренирате и менторирате родителот во текот на целата посета	
Вкупно услужени деца	

15. Каде се среќавате за вашите посети со детето под 6 години и неговото семејство? (Наведете го бројот на деца кои се опслужуваат според видот на местото.)

Се спроведуваат посети на места	Број на деца помлади од 6 години
а. Вашиот центар за услуги за РИД или болница	
б. Центар за згрижување деца или инклузивна предучилишна установа	
в. Дом на дете	
г. Центар на заедницата или друго место	
Вкупно услужени деца:	

16. Секоја година, колку обука во служба (континуирано образование/професионален развој) добивате?

Износ на годишната обука за работа што ја добивате (изберете еден одговор)

а. Нема обука во служба

б. Помалку од 10 часа

в. 11 до 20 часа

г. 21 до 40 часа

д. Повеќе од 41 час

17. Какви видови обуки во служба (континуирано образование/професионален развој) добивате?

Видови обуки во служба

Обележете ги сите видови обуки што ги добивате во моментот

а. Можности за присуство на професионални конференции

б. Онлајн курсеви за обука на далечина

в. Образование или курсеви за обука лице во лице

г. Работилници за професионална обука

д. Обука на вашата организациска локација, вклучувајќи сесии за вежбање (теренска обука)

ѓ. Формални образовни програми на универзитетите

е. Меѓуорганзациски посети за размена

ж. Континуирани активности за обука на лице место

18. Какви видови обуки во служба (континуирано образование/професионален развој) би сакале да добиете?

Видови обуки во служба

Обележете ги сите видови обуки што ги добивате во моментот

а. Можности за присуство на професионални конференции

б. Онлајн курсеви за обука на далечина

в. Образование или курсеви за обука лице во лице

г. Работилници за професионална обука

д. Обука на вашата организациска локација, вклучувајќи сесии за вежбање (теренска обука)

ѓ. Формални образовни програми на универзитетите

е. Меѓуорганизациски посети за размена

ж. Континуирани активности за обука на лице место

19. Какви видови надзор и професионална поддршка добивате во моментот?

Видови надзор	Обележете ги сите видови надзор што ги добивате во моментот
а. Набљудување на домашните посети	
б. Набљудување на посети во центарот	
в. Тренинг и менторство	
г. Поддржувачки рефлексивен надзор	
д. Неформална обука во служба, по потреба	
ѓ. Преглед на детски и семејни досиеја	
е. Не добивам никаква надзорна поддршка	

20. Кои се петте најголеми предизвици и потреби на услугите за РИД?

Предизвици и потреби за услуги за РИД	Изберете пет
а. Несоодветни политики, планови, закони и регулативи за РИД организациите	
б. Слаба организациска структура на РИД за интерсекторско планирање, финансирање и координација	
в. Несоодветни податоци од националното истражување за доцнењата во развојот и попреченоста	
г. Стигма и недостаток на инклузија на децата со пречки во развојот во заедниците	
д. Недостаток на согласност во врска со основните концепти на РИД	
ѓ. Недостаток на редовен мониторинг на развојот, услуги за скрининг и упатувања на услуги за РИД	
е. Недостаток на свест за услугите за РИД од страна на националните, (регионалните) и општинските власти	
ж. Недостаток на свест за услугите за РИД од страна на семејствата и локалните заедници	

з. Недостаток на застапување за РИД услуги
с. Несоодветно финансирање за задоволување на организациските трошоци за РИД и проширување на услугите за РИД

и. Тешкотии во пристапот и служењето на семејствата во оддалечените рурални средини и малцинските етнички групи

ј. Недостаток на надзорни услуги, вклучувајќи менторство, тренинг и рефлексивен надзор

к. Недостаток на скала на плата и скала за кариера за раноинтервенционисти и други професионалци

л. Недостаток на систем за мониторинг и евалуација на РИД, вклучително и прирачник со инструменти за мониторинг и евалуација

љ. Недостаток на компјутери, таблети и други технологии за РИД организациите

м. Недостаток на коалиција или мрежа на РИД за промовирање на растот и подобрувањето на услугите за РИД

н. Недостаток на услуги со кои се нуди РИД со домашна посета

њ. Несоодветни содржини на услугата за РИД: наставни програми, едукативни материјали и методи

о. Недостаток на превоз за домашна посета

п. Премногу известување и документација

р. Недостаток на професионални насоки за РИД

21. Кои се вашите пет најдобри препораки за подобрување и проширување на услугите за РИД во нашата земја?

Вашите најдобри пет препораки

Изберете пет

а. Проширување на застапувањето за намалување на стигмата и дискриминацијата

б. Проширување на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за РИД

в. Развивање на национални политики, планови, закони и регулативи за услуги за РИД

г. Постигнување поголема рамноправност преку подобрување на пристапот до услугите за РИД

д. Подобрување на организацијата и координацијата на услугите за РИД со другите услуги

ѓ. Воспоставување на национален систем за редовно следење на развојот, скрининг и упатувања

е. Обезбедување висококвалитетни и сеопфатни проценки за развојот на децата и семејството

ж. Развивање на коалиција или мрежа на услуги за РИД

з. Обезбедување повеќе услуги за посета на домот

с. Да се понуди повеќе образование за родители и услуги за поддршка

и. Да се дадат повеќе можности за вклучување на родителите во организациите за РИД

ј. Подобрување на содржините за услугите за РИД: наставни програми, едукативни материјали и методи

к. Подобрување и проширување на обука пред и во служба за професионалци кои обезбедуваат услуги за РИД

л. Обезбедување на обука во служба за современи услуги за персоналот кој обезбедува услуги за РИД

љ. Развивање на професионален систем за сертификација поврзан со скали за плати и скали за кариера

м. Подобрување и проширување на системите за надзор, тренинг и менторство на професионалци и парапрофесионалци во РИД

н. Проширување на услугите во руралните региони, одалечените области и малцинските етнички групи

њ. Развивање на национален систем за мониторинг и евалуација на организациите за РИД

о. Проширување на владиното/министерското финансирање за услуги за РИД на централно, (регионално) и општинско ниво

п. Обезбедување компјутери, таблети и други технологии побарани од организации кои испорачуваат услуги за РИД

р. Спроведување национални истражувања за собирање податоци за мали деца со доцнење во развојот и попреченост

с. Друго (наведете едно)

Прашања за дискусиите во фокус-групата со персоналот за услуги за РИД

Почитувани колеги,

Јас сум Гултене Реткоцери-Хоца и задоволство ми е да ви ги претставам прашањата за фокус-групата дизајнирани да ги истражи перцепциите на професионалците за рана интервенција во детството насочени кон семејството.

Оваа фокус-група е составен дел од моето докторско истражување на Универзитетот Св. Кирил и Методиј, Специјална едукација и рехабилитација - дефектологија.

Примарната цел на оваа студија е да се испитаат перцепциите на професионалците и родителите во однос на раната интервенција во детството насочена кон семејството.

Сакам да ве уверам дека вашето учество во овој прашалник е целосно анонимно и сите дадени информации ќе бидат третирали со најголема доверливост. Вашето вклучување во ова истражување е доброволно и ве замолувам за точни и веродостојни одговори.

Ви благодариме што одвоите време да учествувате!

1. Според ваше мислење, какви услуги треба да обезбедат организациите за РИД за да го подобрат развојот на децата и семејството?

2. Со кои предизвици се соочуваат семејствата во пристапот до услугите за РИД? Како се осигурувате дека семејствата од сите нивоа на приходи можат да добијат услуги за РИД? Со какви бариери се соочувате во досегот до ранливите бебиња и мали деца (од раѓање до 5 или 6 години) и оние што живеат во оддалечени рурални средини?

3. Дали во моментот спроведувате скрининг за развој на доенчиња и мали деца? Ако не, дали сакате да научите како да го направите тоа?

4. Дали во моментот спроведувате сеопфатни развојни проценки на доенчиња и мали деца? Ако не, би сакале да дознаете како да го направите тоа?

5. Кои упатства и процедури за РИД и стандардите за услуги и персонал помагаат да се водат вашите услуги за РИД? Ако ги немате, како треба да се развиваат? (Дали сакате да бидете вклучени во овој процес?)

6. Како ги охрабрувате и им покажувате на родителите како да спроведуваат развојно соодветни активности со своето дете за време на секојдневните активности за згрижување на децата? Дали сакате да добиете обука за тоа како да го направите ова?

7. Дали треба да се подобри обуката пред и во служба на современите методи за РИД? Ако е така, на кој начин? Кои теми за обука на работното место ве интересираат и на кои начини би сакале да научите, на пр., обука на самото место, онлајн учење на далечина, регионални работилници, конференции, студиски тури, посети за размена меѓу местата, други начини?

8. Дали според вашето искуство, организациите за граѓанска иницијатива добро го задржуваат својот професионален персонал или има голем промет? Дали вашата организација за РИД има критериуми за сертификација, скала за кариера и скала за плата? Дали ви требаат? Ако е така, кој би можел да биде најдобриот начин за нивно утврдување?

9. Ако имате претпоставен, дали вашиот претпоставен е во вашата организација или во регионални или централни канцеларии? Какви препораки имате во врска со поддржувачкиот надзор, вклучително, и коучинг, и менторство?

10. Како вашата организација ги следи своите услуги и ја оценува нивната ефикасност и резултати? Како може да се развие или подобри организацискиот мониторинг и евалуација?

11. Дали во моментот формирате тимови и се координирате секоја недела со вашите колеги во опслужувањето на децата и семејствата во вашата организација? Дали и вие се координирате со други даватели на услуги надвор од вашата организација во корист на детето на кое му пружате услуги?

12. Кои се вашите пет најдобри препораки за подобрување и проширување на услугите за РИД?

Анкета на корисници на РИД

Почитуван родител, законски старател или старател,

Јас сум Гултене Реткоцери-Хоца и со задоволство ви го претставувам прашалникот наменет за истражување на перцепциите на родителите за раната интервенција во детството насочена кон семејството.

Оваа фокус група е составен дел од моето докторско истражување на Универзитетот Св. Кирил и Методиј, Специјална едукација и рехабилитација - дефектологија.

Примарната цел на оваа студија е да се испитаат перцепциите на професионалците и родителите во однос на раната интервенција во детството насочена кон семејството.

Сакам да ве уверам дека вашето учество во овој прашалник е целосно анонимно и сите дадени информации ќе бидат третирали со најголема доверливост. Вашето вклучување во ова истражување е доброволно и ве замолувам за точни и веродостојни одговори.

Ако имате повеќе од едно дете во организација која обезбедува активности за рана интервенција во детството, одговорете само за вашето најмало дете.

Ви благодариме што одвоивте време да учествувате!

1. Каков е полот на вашето дете?

Род	(изберете еден одговор)
а. Девојче	
б. Момче	

2. Колку години има вашето дете?

Возраст на детето	(изберете еден одговор)
а. 0-6 месеци	
б. 7-12 месеци	
в. 13-24 месеци	
г. 25-36 месеци	
д. 37-60 месеци	
ѓ. Над 61 месец	

3. Која е вашата врска со детето?

Врска	(изберете еден одговор)
а. Мајка	
б. Татко	
в. Старател или близок роднина	

г. Дневен негувател, односно дадилка, баба, тетка и сл.	
---	--

4. Напишете го вашиот град, село или најблиско село?

5. Изберете ги услугите што вашето дете во моментот ги користи:

Услуги кои во моментот може да ги користи вашето дете	Изберете ги сите услуги што ги користи вашето дете
а. Примарен здравствен центар (наведете)	
б. Центар за информации (наведете)	
в. Центар за аутизам	
г. Дневен центар (ДЦ) за деца со попреченост (Ве молиме наведете)	
д. Организација во друга земја (наведете земја)	
ѓ. Приватен давател на услуги за деца со попреченост (наведете го видот на третманот што вашето дете го добива таму)	
е. Специјален здравствен институт (Ве молиме наведете)	
ж. Услуги обезбедени од невладина организација (Ве молиме наведете)	
з. Клинички центар (наведете)	
с. Болница (именувајте ја услугата што ја добива вашето дете)	
и. Центар за социјална работа или друга социјална услуга (Ве молиме наведете)	
ј. Инклузивна детска градинка или јасли (наведете)	
к. Инклузивно предучилишно образование (Ве молиме наведете)	
Друго (наведете)	

6. Кој ви кажа за организацијата со активности за рана интервенција во детството каде што е запишано вашето дете?

Како дознавте за услугите за рана интервенција во детството	(изберете еден одговор)
а. Персонал во Одделение за неонатална интензивна нега	
б. Некој друг во болница	
в. Нехоспитална медицинска сестра	

г. Педијатар или лекар на моето дете	
д. Друг вид на лекар	
ѓ. Социјален работник во центар за социјална заштита	
е. Персонал на организација која обезбедува услуги за рана интервенција во детството	
ж. Персонал на детска градинка или предучилишна установа	
з. Друг родител	
с. Член на семејството или роднина	
и. Пријател или сосед	
ј. Масовни медиуми	
к. Социјални медиуми или веб-страница	
л. Друго (наведете)	

7. Дали вашето дете било на листа на чекање пред да се запише во организацијата која обезбедува активности за рана интервенција во детството?

Да / Не

8. Ако одговоривте со „да“ на Прашање 7, колку долго?

Должина на време на листа на чекање	(изберете еден одговор)
а. Помалку од 3 месеци	
б. Од 3 до 6 месеци	
в. Од 7 месеци до 1 година	
г. Повеќе од 1 година	

9. Колку години имаше вашето дете кога првпат беше запишано на услуги за рана интервенција во детството?

Возраст на вашето дете ВО МОМЕНТОТ НА ЗАПИШУВАЊЕ НА активности за рана интервенција во детството	(изберете еден одговор)
а. 0-1 месец	
б. 1-6 месеци	
в. 7-12 месеци	
г. 13-24 месеци	
д. 25-36 месеци	

ѓ. 37 месеци или постари	
--------------------------	--

10. Зошто го запишавте вашето дете на услуги за рана интервенција во детството?

Причина поради која сте го запишале вашето дете во услугите за РИД	Изберете го сето тоа кое се однесува на вас
а. Дете родено предвремено или со мала родилна тежина	
б. Детето имало хронична состојба (нарушување на микронутриентен пореметок, хронична болест итн.)	
в. Детето не растеше добро	
г. Детето имаше задоцнување и бавно се развиваше	
д. Детето имаше моторна/мускулна попреченост	
ѓ. Детето имаше одложување на говорот/јазикот	
е. Детето имало слаб вид или било слепо	
ж. Детето имало губење на слухот или било глуво	
з. Детето имало когнитивна попреченост	
с. Детето имаше неколку попречености	
и. Детето беше во аутистичниот спектар	
ј. Детето имаше дефицит на внимание и нарушување на хиперактивноста	
к. Детето имало депресија или траума	
л. Друга причина: (наведете)	

11. Со кои бариери се соочивте при добивање на услуги за рана интервенција во детството?

Бариери со кои се соочивте Изберете сè со што сте се соочиле	Изберете ги сите со кои сте се соочиле
а. Ми недостасуваа информации за услугите за рана интервенција во детството	
б. На моето дете му недостасуваше извод од матична книга на родени	
в. Моето дете има друго државјанство	
г. Услуги за рана интервенција во детството не постојат во мојата заедница	

д. Услугите за рана интервенција во детството се наоѓаат премногу далеку од мојот дом	
ѓ. Тешко беше да се најде превоз до овие услуги	
е. Тешко беше да се добие упат до организација со активности за рана интервенција во детството	
ж. Имаше долги листи на чекање за овие услуги	
з. Процесот на запишување беше многу комплициран	
с. Развојот на моето дете не беше проверен/проценет за време на рутинските посети на примарните здравствени услуги	
и. Нема специјалисти во областа на потребите на моето дете	
ј. Немав финансиски средства да платам за услуги за рана интервенција во детството	
к. Услугите за рана интервенција во детството не се нудат вон моето работно време	
л. Ми требаше преведувач да разговара со персоналот на службите за рана интервенција во детството	
љ. Друго: (наведете)	

12. Дали вие и вашето дете добивте брз скрининг на листата на барања во врска со нејзиното/неговото ниво на развој?

Да/Не/Не знам

13. Ако одговорите со „да“ на прашањето 12, дали:

Дали го направивте тоа?	(изберете еден одговор)
а. Дадовте одговори за проверката	
б. Набљудувавте, но не учествувавте во проверката	
в. Не учествувавте, ниту го набљудувавте скринингот	

14. На кој начин вие и вашето дете добивте услуги за поддршка и/или третмани од тим на професионалци?

Вид на професионална поддршка	(изберете еден одговор)
а. Едно лице работи само со моето дете	
б. Едно лице работи со мене и моето дете одделно	
в. Едно лице работи со мене и моето дете заедно	
г. Едно лице работи со мене, моето дете и две или повеќе деца заедно	

д. Формиран е тим кој ќе работи само со моето дете	
ѓ. Формиран е тим кој ќе работи со мене и моето дете одделно	
е. Формиран е тим кој ќе работи со мене и моето дете заедно	
ж. Формиран е тим кој ќе работи со мене, моето дете и две или повеќе деца заедно	

15. Дали вашето дете доби една или повеќе специјализирани проценки (проценки за различни области на детскиот развој)?

Да / Не

16. Ако одговорите со „да“ на Прашање 15, дали проценката или оценките беше спроведена од:

Проценката беше спроведена од	(изберете еден одговор)
а. Еден професионалец	
б. Повеќе од еден професионалец во различни периоди	
в. Тим на професионалци во исто време	

17. Дали вашето дете добило сеопфатна проценка на развојот (проценка на СИТЕ области на развојот на детето)?

Да / Не

18. Ако одговорите со „да“ на Прашањето 17, дали сеопфатната развојна проценка беше спроведена од:

Проценката беше спроведена од	(изберете еден одговор)
а. Еден професионалец	
б. Повеќе од еден професионалец во различни периоди	
в. Тим на професионалци во исто време	

19. Дали беше подготвен Индивидуален план за семејни услуги кој вклучува цели за вашето дете и семејство? Да/Не/Не знам

20. Ако одговорите со „да“ на Прашањето 19, кој ги донесе одлуките за услугите на вашето дете за рана интервенција во детството?

Носители на одлуки	(изберете еден одговор)
а. Професионалец ги донел одлуките во врска со услугите	
б. Тим од професионалци ги донесе одлуките	
в. Откако разговарав за опциите со тимот, ги донесов одлуките	

21. Ако одговорите со „да“ на Прашањето 19, дали го потпишавте и датумот на Индивидуализираниот план за семејни услуги?

Да / Не

22. За време на изготвувањето на Индивидуалниот план за семејна услуга, дали вам или на членовите на вашето семејство ви беа понудени: (изберете ги сите што важат)

Услуги што ви беа понудени	Избери ги сите кои се однесуваат на вас
а. Семејна поддршка или советувања	
б. Врснички групни сесии со други родители во услуги за РИД	
в. Средби за едукација на родители	
г. Групи за поддршка на браќа и сестри	
д. Препораки за други услуги (на пр., здравство, образование, итн.)	

23. Каков вид на специјалисти работат со вас и вашето дете?

Вид на специјалист	Избери ги сите кои се однесуваат на вас
а. Не сум сигурен.	
б. Раководител на случај, координатор на услуги или менаџер за семејна поддршка	
в. Специјалист за рана интервенција во детството	
г. Медицинска сестра	
д. Професионален терапевт	
ѓ. Лекар	
е. Физиотерапевт	
ж. Психолог	
з. Специјалист за рехабилитација	
с. Социјален педагог	
и. Социјален работник/специјалист за социјална заштита	
ј. Логопед и јазичен терапевт	
к. Детски психолог	
л. Детски невролог	
љ. Друго: (наведете)	

24. Каде вие и вашето дете добивате услуги за рана интервенција во детството?

Место каде што се даваат услуги за РИД	Изберете го сето тоа кое се однесува на вас

а. Во мојот дом	
б. И во мојот дом и во центар за рана интервенција во детството	
в. Само во установа или организација за рана интервенција во детството	
г. Во здравствен центар	
д. Во детска градинка или инклузивна предучилишна установа	
ѓ. Во центар за социјална работа	
е. На друго место каде што моето дете поминува време во повеќето денови, како што се игралиште, детски центар итн.	
ж. Друго: (наведете)	

25. Какво е вашето учество во активностите за вашето дете за време на посетите?

Вашето учество	Во сите посети	Во некои посети	За неколку или без посети
а. Ако се прават домашни посети, колку често учествувате во активности за рана интервенција во детството со вашето дете?			
б. Ако посетите се во центар, колку често учествувате во активности за рана интервенција во детството со вашето дете?			

26. Колку пати месечно вие и вашето дете добивате услуги за рана интервенција во детството?

Фреквенција на посетите	(изберете еден одговор)
а. Еднаш месечно	
б. Секои две недели	
в. Еднаш неделно	
г. Два пати неделно	
д. Три или повеќе пати секоја недела	

27. Кои се вашите пет најдобри препораки за подобрување и, проширување на услугите за РИД во нашата земја?

Вашите најдобри пет препораки	Изберете пет
а. Проширување на застапувањето за намалување на стигмата и дискриминацијата и за зголемување на побарувачката за услуги за рана интервенција во детството	

б. Проширување на застапувањето за зголемување на побарувачката и проширување на услугите за рана интервенција во детството	
в. Развивање на национални политики, планови, закони и регулативи за услуги за рана интервенција во детството	
г. Постигнување поголема рамноправност преку подобрување на пристапот до услуги за рана интервенција во детството	
д. Подобрување на организацијата и координацијата на услугите за рана интервенција во детството со други услуги	
ѓ. Воспоставување на национален систем за редовно следење на развојот, скрининг и упатувања	
е. Обезбедување висококвалитетни и сеопфатни проценки за развојот на децата и семејството	
ж. Развивање на коалиција или мрежа на услуги за рана интервенција во детството	
з. Обезбедување повеќе услуги за посета на домови за РИД	
с. Да се понуди повеќе образование за родители и услуги за поддршка	
и. Да се дадат повеќе можности за вклучување на родителите во организациите за рана интервенција во детството	
ј. Подобрување и проширување на пред-сервисната обука за професионалци кои обезбедуваат услуги за рана интервенција во детството	
к. Обезбедување на обука во служба за современи услуги за персоналот кој обезбедува услуги за РИД	
л. Развивање на систем за сертификација за професионалци за ЕГИ	
љ. Подобрување и проширување на системите за надзор, тренинг и менторство на професионалци и парапрофесионалци кои обезбедуваат услуги за рана интервенција во детството	
м. Проширување на услугите во руралните региони, оддалечените области и малцинските етнички групи	
н. Развивање на национален систем за мониторинг и евалуација на организациите кои обезбедуваат услуги за рана интервенција во детството	
њ. Проширување на владиното/министерското финансирање за услуги за РИД на централно, (регионално) и општинско ниво	
о. Обезбедување компјутери, таблети и други технологии побарани од организации кои испорачуваат услуги за РИД	
п. Спроведување национални истражувања за собирање податоци за мали деца со доцнење во развојот и попреченост	

р. Друго (наведете едно)	
--------------------------	--

28. Кое е вашето ниво на формално образование?

Ниво на формално образование	(изберете еден одговор)
а. Завршено основно училиште	
б. Завршено стручно училиште	
в. Завршено средно училиште	
г. Универзитетска диплома	
д. Универзитетска магистратура или повисока	

Водич за дискусии во фокус-групи со корисници на рана детска интервенција (РДИ)

Драги родители (старатели или даватели на нега),

Ви благодариме што одвоивте време да ни помогнете да ги разбереме вашите лични искуства, услугите што ги добивате за интервенција во раното детство и вашите препораки за проширување и подобрување на услугите на РИД во нашата земја. Вашиот глас е многу важен. Услугите и центрите на РДИ треба да им служат ефективно на семејствата и децата. Ве молиме споделете ги вашите размислувања. Тие ќе ни помогнат да развиеме висококвалитетни услуги за РДИ за повеќе деца и семејства во нашата земја.

1. Како станавте свесни дека на вашето дете му се потребни услуги за интервенција во раното детство? Што направивте да најдете поддршка и помош за вашето дете и семејство?
2. Како дознавте и како го најдовте центарот за РДИ? Дали вашето дете доби развоен скрининг?
3. Кои искуства ги имавте при запишување на вашето дете и семејство во центар кој дава услуги за РДИ? Како може да им се помогне подобро на семејствата на кои им требаат вакви услуги во иднина?
4. Во текот на првиот состанок на кој се одлучуваше за тоа какви услуги треба да добива вашето дете, дали вие учествувате во изборот на услуги за вашето дете? Дали беа дискутирани и услуги за вас и за вашето семејство?
5. Какви услуги добивате вие, вашето дете и вашето семејство? На кои начини овие услуги ви помагаат да ги пресретнете потребите на вашето дете, вашите потреби и потребите на вашето семејство?
6. Каде и кога сте посетувани со вашето дете? Дали добивате домашни посети? Или одите во центар за РДИ? Дали сте задоволни од договорите? Доколку може да направите некои промени, кои би биле тие?
7. Дали сте имале некакви можности да предложите промени во добивањето на услугите? Која е процедурата за да се направат промени?
8. Дали постојат некои услуги за РДИ кои ви се потребни но во моментот не се на располагање во вашата област на живеење? Ако да, кои се овие услуги?
9. Дали услугите за РДИ се бесплатни за вас? Ако не, за кои услуги плаќате? Дали можете да си ги дозволите овие трошоци?
10. Ве молиме да ни дадете препораки во врска со начините на кои сметате дека услугите за РДИ треба да се прошират и подобрат. На пример, ако имате сознанија за некои деца на кои им се потребни такви услуги, што мислите дека треба да се направи за да се прошират овие услуги и да се обезбеди дека овие деца се безбедно прифатени во центарот за РДИ?