



Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје  
Филозофски факултет  
Институт за специјална едукација и рехабилитација  
-Последипломски студии-



*ВЛИЈАНИЕТО НА ИНТЕРАКЦИИТЕ НА РОДИТЕЛИТЕ ВРЗ РАЗВОЈОТ НА ДЕЦАТА СО  
РАЗВОЈНИ ТЕШКОТИИ*

- магистерски труд-

Кандидат:  
Оливера Сеизова

Ментор:  
Проф. д-р Александра Каровска-Ристовска

Скопје, 2023

## СОДРЖИНА

ВОВЕД	4
I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ	6
1. Што е рана интервенција	6
1.1. Дефиниција на раната интервенција	6
1.2. Пристапи во раната интервенција	9
1.3. Цели на раната интервенција	10
1.3.1. Разлики меѓу дел Б и дел Ц	11
1.4. Суштината на раната интервенција	13
1.5. Значењето на раната интервенција за семејствата на деца со попреченост	14
1.6. Програми за рана интервенција	17
1.7. Модели на рана интервенција	22
1.7.1. Развоен модел на интервенција	22
1.7.2. Модели на услужни системи на рана интервенција	23
1.7.3. Мултидисциплинарен модел	24
1.7.4. Интердисциплинарен модел	24
1.7.5. Трансдисциплинарен модел	25
1.7.6. Модел на примарен давател на услуги	25
1.7.7. Модели на работа со семејства во процесот на рана интервенција	26
1.7.8. Модел во центарот на семејството	27
1.7.9. Модел на развојни системи	29
1.8. Проценка на развојните можности и способности на детето и дијагноза	30
1.9. Принципи на раната интервенција	32
1.10. Тимот за рана интервенција	33
1.10.1. Лекар (педијатар, невролог, психијатар)	34
1.10.2. Психолог	34
1.10.3. Социјален работник	35
1.10.4. Специјален едукатор и рехабилитатор	35
1.10.4.1. Окупационен терапевт	36
1.10.4.2. Физиотерапевт	36
1.10.5. Логопед	36
1.11. Индивидуален семеен план на услуги	37
1.12. Семејно насочени практики	39
1.13. Интервенција фокусирана на односи	41
1.14. Транзиција во системот	42
1.15. Асистивна технологија	42
1.16. Раната интервенција во Република Северна Македонија	44
2. Инклузија на децата со попреченост во предучилишното образование	47
2.1. Инклузија	47

2.2.	Разлика помеѓу интеграција и инклузија_____	48
2.3.	Цели и задачи на инклузивното образование_____	50
2.4.	Правни аспекти во насока на инклузијата на деца и ученици со попреченост	52
2.5.	Значење на инклузијата во раниот период од развојот_____	55
2.6.	Состојбата со инклузијата на децата со попреченост во детските градинки во РСМ_	57
II.	МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ_____	60
1.	Предмет на истражување_____	60
2.	Цел на истражување_____	60
3.	Задачи на истражување_____	61
4.	Хипотези на истражување_____	61
5.	Варијабли на истражување_____	62
6.	Методи, техники и инструменти на истражување_____	63
7.	Опис на примерокот и временска рамка на спроведување на истражување_____	64
8.	Анализа на податоците_____	64
III.	ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО_____	65
IV.	ДИСКУСИЈА_____	90
V.	ЛИТЕРАТУРА_____	99
VI.	ПРИЛОГ_____	108

## ВОВЕД

Во светот, особено во последните години, се создаде корпус од знаење во многу области како што се: невронаука, психологија, епигенетика и други научни дисциплини според кои развојниот период кај децата, воопшто, е крајно важен период за севкупниот развој и формирањето на детската личност. Теориите и истражувањата го истакнуваат значењето на раното детство за физичкиот, интелектуалниот, емоционалниот, говорниот и социјалниот развој, а со тоа и на важноста за организирано создавање услови за тој развој.

Тешкотиите и пречките во развојот на детето опфаќаат широка лепеза на нарушувања од биолошка, психолошка, невролошка, метаболна, социјална и друга природа, кои во различна мера и начини го прават детето да се чувствува немоќно при реализација на квалитетот на самиот чин на живеење и истовремено во полн обем да го доживее приливот на дразби, информации, перцепција на појавите и стекнување на соодветни искуства за средината во којашто живее.

Фактот дека образованието на детето започнува уште од раѓањето, укажува дека раната интервенција е исклучително важен дел од процесот на развој и образование. За изведување на раната интервенција постои правна основа, поставена од страна на Обединетите нации во Универзалната декларација за човекови права во 1948 година, каде што во член 25 пишува дека мајчинството и детството треба да имаат посебна грижа и пристап.

Во документите на УНЕСКО (1994/1997) стои дека грижата за раното детство и образование до шестата година на детето значително влијае врз психолошкиот, интелектуалниот и социјалниот развој на детето, а подоцна и на подготвеноста на детето за на училиште.

Времето на започнувањето на интервенција е особено важно кога детето е изложено на ризик. Ако не се искористи овој период на развој со сите предности кои ги нуди, детето може да појави тешкотии во подоцнежниот живот, учењето и совладувањето на некои вештини. Karnes и Lee уште во 1978 година забележале:

„Само преку раната идентификација и соодветни програми, детето може да го развие својот потенцијал до максимум“ (*Чичевска-Јованова, Рашиќ-Цаневска, 2013*).

Придобивките од раната интервенција може да ги видиме во неколку области:

- Подобрување во развојот кај новороденчињата и малите деца со тешкотии и попреченост;

- Намалување на трошоците на државата за специјалното образование или институционализацијата; и
- Поддршка на семејствата за интеракција со нивните новороденчиња и пресретнување на нивните потреби.

Кога се оценуваат придобивките од раната интервенција и идентификација, постојат две насоки за мерењето на резултатите:

- Придобивки за детето и семејството; и
- Економски предности што произлегуваат од програмите за рана интервенција.

„Резултатите, односно постигнатите цели (милјеа) кои биле поставени на почетокот од раната интервенција продолжуваат и по завршувањето на раното детство“. *(Каровска - Ристовска, 2021).*

## I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

### 1. ШТО Е РАНА ИНТЕРВЕНЦИЈА?

Раната интервенција е широк термин кој опфаќа систем на поддршка наменет за децата од раѓање до 5/6-годишна возраст, кај кои постои ризик од развојни задоцнувања или кои имаат пречки во развојот. Тоа е процес на информирање, советување, едукација и поддршка на родителите и на децата во раниот период кај кои е утврдено постоење на состојба на можно развојно отстапување со висок ризик за понатамошниот развој.

Целта на раната интервенција е да се достигне максималниот можен развој на детето преку: превенција, ублажување/намалување на развојните проблеми; помош во учењето и социјалната инклузија; одржување на емоционален интегритет на семејството и уверување дека родителите се партнери и компетентни застапници на своите деца во комплексниот процес на отстранување или ублажување на развојните тешкотии.

Раната интервенција е широк систем на програми, услуги и други ресурси кои се наменети за утврдување на физичките, интелектуалните, говорните, јазичните, социјалните и емоционалните потреби на децата од раѓање до тригодишна возраст, кои биле детектирани како деца со развојни проблеми или се во групата на ризично родени деца (*Østergaard et al., 2012*).

Раната интервенција е процес и претставува збир на стратегии и мрежи кои овозможуваат да се реализира максимално потенцијалот на децата, семејствата и општеството, создавајќи капацитети и услови да се превенираат потенцијалните проблеми или да се спречи нивното продлабочување (*Bian et al., 2011*).

Важен дел од раната интервенција е раната детекција на новороденчиња и деца кои појавуваат развојни задоцнувања, нетипично однесување, социјални и емоционални тешкотии, неухранети деца, хронично болни деца или други биолошки или фактори на средината во која живеат, нивно континуирано следење, советување, посета на соодветни центри и институции. Тоа овозможува рано вклучување на детето и семејството во процесот на рана интервенција.

#### 1.1. Дефиниција на раната интервенција

Од страна на Европската агенција за развој на специјалното образование (European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2005) наведени се повеќе дефиниции кои

ги прикажуваат различните аспекти фокусирани врз еколошко-систематскиот пристап при раната интервенција.

Гуралник (*Guralnick, 2001*) раната интервенција ја дефинира како систем дизајниран за поддршка на семејните обрасци на интеракција кои најдобро го промовираат развојот на детето. Овој автор фокусот го става врз интеракцијата родител - дете. Предвидува работа со детето за развој на неговите искуства и нуди помош за родителите за да се подобри развојот на нивното дете (*Guralnick, 2001*).

Мајселс и Шонкоф (*Meisels & Shonkoff, 2000*) РИ ја дефинираат како мултидисциплинарни услуги за деца од раѓање до пет години. Како нејзини главни цели ги наведуваат: промовирање на здравјето и благосостојба; подобрување на новите надлежности; минимизирање на развојните одложувања; санирање на постојните попречености или новите тешкотии; да се спречи функционалното влошување; промовира подобрување на функционирањето на целото семејство.

Данст и Тривет (*Dunst & Trivette 2001, во Гуралник*) раната интервенција ја дефинираат како обезбедување поддршка и ресурси на семејствата на малите деца од членови на неформални и формални мрежи за социјална поддршка кои директно или индиректно влијаат врз функционирањето на родителот, семејството и детето. Раната интервенција во овој модел се означува како агрегат (збир) на различни видови помош, поддршка и услуги кои им се нудат на семејствата од страна на индивидуи и групи (*Dunst, 2001*).

Данст, Брудер, Тривет и Хамби ја развиле идејата за рана интервенција како ресурсно-базиран пристап. Современата рана интервенција бара услуги од повеќе институции за детето и неговото семејство. Овие автори сметаат дека постојниот систем е ограничувачки во однос на услуги и институции, па поради тоа потребно е проширување и мобилизација на поголем број институции.

Блекман (*Blackman, 2002*) смета дека целта на почетокот на раната интервенција е да се спречи или да се минимизира физички, когнитивен, емоционален недостаток кај малите деца со биолошки или еколошки фактор на ризик“.

Група експерти, во согласност со рамката усвоена од Европската агенција за развој на специјалното образование, предлагаат една оперативна дефиниција за раната интервенција според која: ([www.european-agency](http://www.european-agency)).

*Раната интервенција е целина од обезбедени услуги за децата во нивната најрана возраст и нивните семејства. Рана интервенција се дава во одреден момент од раниот*

*детски развој и ја покрива секоја преземена активност кога детето има потреба од посебна помош при:*

- поддршка или унапредување на личниот развој;
- зајакнување на улогата на семејството;
- промоција на социјалната инклузија на детето и семејството.

Симеонсон наведува три нивоа на превенција и интервенција, имајќи го предвид периодот кога треба да се спроведе превентивното дејствување (*Simeonsson, & Rosental, 2021*):

1. *примарна превенција* - има за цел да се намали бројот на нови случаи преку идентификација на состојбата или проблемот кај населението (инциденција). Целта е намалување на бројот на нови случаи со идентификување на деца родени со фактор ризик. Вклучува мерки за спречување на нарушувањата или околностите кои би можеле да доведат до попреченост. Примарната превенција се однесува на интервенции кои се јавуваат пред првичната појава на развојно нарушување. Интервенциите може да бидат *а) универзални* - здравствени мерки кои се однесуваат на сите деца и семејства, *б) селективни* - се однесуваат на одредена група, пример само на деца родени со ризик фактор, *в) укажуваат на специјална група* – лица со веќе идентификуван ризик;
2. *секундарна превенција* – има за цел да се намали бројот на постојните случаи на идентификуваниот проблем со акцент на почетокот на проблемот, но пред тој целосно да се развие (преваленција);
3. *терцијарна превенција* - целта е да се намалат компликациите поврзани со идентификуваниот проблем или состојба, да се ограничат или да се намалат ефектите на нарушувањето или онеспособеноста.

Ако се земе предвид био-психо-социјалниот модел на функционирање и попреченост, овие три нивоа можат да се идентификуваат во поширок контекст. Според овој пристап, превенцијата во областа на раната интервенција, покрај здравствената состојба на детето предвид ја зема и неговата социјална средина и опкружување, бидејќи функционирањето на детето со тешкотија или попреченост во одреден домен е интеракција или комплексна врска меѓу здравјето, контекстуалните фактори на животната средина и личните фактори. Од тука се гледа динамичната интеракција меѓу овие субјекти, интервенциите кај еден субјект имаат потенцијал да менуваат и да влијаат на еден или на повеќе други субјекти. (*Дуковска, 2021*)



## 1.2. Пристапи во раната интервенција

Концептите на раната интервенција својот интензивен развој го доживуваат во 70-тите години од минатиот век, во Америка, и од тогаш до сега доживуваат чести трансформации.

Во практиката постојат три пристапи во раната интервенција: медицински, социјален и развоен.

На денешниот социјален модел на рана интервенција, кој е насочен кон семејството, му претходел *Медицинскиот пристап*, познат од средниот век, кој на прво место ги става дијагнозата и болеста и подразбира специјализирано давање услуги на малите деца во медицински установи и клинички центри. Според овој пристап, развојната процена и раните интервенции биле насочени исклучиво кон детектирање на недостатоците кај детето, односно кон рехабилитацискиот процес со цел ублажување на тешкотиите. На недостатокот повеќе се гледа како проблем. Детето посетува различни експерти, но и детето и неговото семејство повеќе се пасивни примачи на различни услуги и помош. Односот на професионалците со родителите бил асиметричен со заземање на експертски ставови.

Со промените во теориските пристапи, кои се случувале по 70-тите години па до денес, професионалната практика полека почнала да се менува, па медицинскиот пристап полека почнал да се менува и насочува кон семејството. Новите теоретски пристапи истакнувале дека на раното учење и развој големо влијание имаат процесите кои произлегуваат од интеракциите на опкружувањето, односно дека за стимулативниот развој на детето значајни се реципрочните сензитивни, социјално топли односи помеѓу родителите и детето, како и вклученоста на детето во семејните рутини и активности.

Кај *социјалниот пристап* проблемот на детето се препознава во пошироката социјална средина и семејството, кои се приспособуваат на попреченоста и посебните потреби на детето. Во овој пристап, децата и нивните родители/старатели еднакво учествуваат како и нивните врсници. Ова значи дека едно семејство во системот на раната интервенција е активен учесник во застапување за еднакви права и соработува со сите стручни лица.

*Развојниот пристап* на раната интервенција ги почитува индивидуалните разлики кај децата и интеракцијата кај секое дете (*Greenspan & Weider, 2007*).

Развојниот пристап во РИ обезбедува поглед на детето во следниве пристапи:

1. *хोलистички* - значи дека сите области на развојот – физички, когнитивни, говорни и емоционални се меѓусебно поврзани;
2. *динамичен* - пристап на „добро учество“, што значи ако сакаме да се постигне оптимален развој, животната средина треба да се подготви со пристап кон специфичните потреби на индивидуата;
3. *трансакциски* - според кој развојот е двонасочна интеракција што постои меѓу детето и неговата средина. Развојните постигнувања се динамична интеракција на однесувањето на детето, родителите и реакција на детето и животната средина поврзана со факторите што влијаат на детето и родителите (*Meisels & Shonkoff, 2000*).
4. *индивидуален* - развојот на секое дете е индивидуален и има индивидуални карактеристики со сопствена перспектива.

### 1.3. Цели на раната интервенција

Услугите за рана интервенција имаат стандарди кои треба да бидат регулирани со закон. Во САД ова е регулирано со Законот за образование на лицата со попреченост (*Individuals with Disabilities Education Act, Part C*) познат како (*IDEA, prt C*) ИДЕА дел Ц / Програма за новороденчиња и деца со попреченост. Оригиналното бил воспоставен во 1986 година како ИДЕА, дел Х (*IDEA, part H*). Иако официјално е програма која е опционална во рамките на федералното законодавство на САД, сите држави учествуваат во оваа гранд програма. ИДЕА обезбедува бесплатно и соодветно јавно образование за сите деца со попреченост од 3 до 21 година. Овие услуги се опишани во рамките на дел Б од законот. Двата дела Б и Ц се однесуваат на услугите за деца на различна возраст, но имаат некои важни разлики (*Bruder, 2010*).

Целта на дел Ц е подобрувањето на развојот на новороденчињата и малите деца со попреченост, како и подобрување на компетенциите на семејствата да ги пресретнат потребите на нивните деца. Како дополнителни цели на оваа програма се да се намалат трошоците за образование и да се зголеми веројатноста дека лицата со попреченост во иднина ќе бидат во можност да живеат независно. Делот Ц е овозможен од грантово финансирање кои им дава поддршка на државите во испораката на услугите за рана интервенција (*Espe- Scherwindt, 2008*).

Иако програмите се слични, тие сепак суштински се разликуваат меѓу целите на двата дела, а практичарите кои работат со мали деца со развојни попречености можат да работат и во двата дела (*Lerner et.al, 2003*).

Целта на раната детска интервенција е преку обезбедување на дополнителна поддршка од специјалисти за ран детски развој да им помогне на малите деца со доцнење во развојот да растат и учат со сопствена брзина што им е потребно за да постигнат пресвртници, да стекнат самодоверба и да успеат во училишните и социјалните средини и да ги подобри крајните исходи на децата со овозможувајќи им да го достигнат својот најголем потенцијал.

За да се постигне ова целите на раната интервенција се двојни: има цели насочени за децата и цели насочени кон семејствата.

Цели на раната интервенција се:

- да се поттикне развојот на новороденчињата и малите деца со развојни тешкотии и попреченост со цел намалување на потенцијалот за развојна попреченост преку препознавање и разбирање на развојот на детскиот мозок до тригодишна возраст;
- проширување на знаењата и можностите на семејствата на децата со попреченост да им излезат во пресрет на задоволување на потребите на нивните деца;
- преку раната интервенција да се намали потребата од специјална едукација, а со тоа да има и намалување на трошоците на државата за специјално образование;
- се зголемуваат можностите и потенцијалите на лицата со попреченост и се оспособуваат да живеат самостојно и независно;
- се оспособуваат давателите на услуги и се зголемуваат можностите на државата да ги детектираат и да им излезат во пресрет на потребите на сите деца, особено на децата без родителска грижа, деца од згрижувачки семејства, деца од руралните средини, децата на малцинствата, децата од семејства со ниски приходи (*Каровска, Ристовска 2021*).

### 1.3.1 Разлики меѓу дел Б и дел Ц

Делот Б од ИДЕА започнува кога детето ќе наполни три години, а делот Ц од раѓањето до третата година; Во услугите од дел Б се изработува ИОП - Индивидуален образовен план кој вклучува многу професионалци и родители и сите еднакво се вклучени

и партиципираат во тимот, а во услугите од делот Ц покрај вклучувањето на сите членови кои го развиваат ИСПУ - Индивидуалниот семеен план на услуги, тимот исто така учествува во семејно насочената идентификација на потребите на секое семејство, со цел да помогне во развојот на новороденчето и малото дете. Сето ова резултира со постигнување успеси и кај детето и кај семејството во рамките на еден ИСПУ.

Локацијата на давањето на услуги во делот Б се одвива во средина што најмалку ограничува (*least restrictive environment – LRE*), додека во дел Ц услугите се даваат во природни средини (домот и семејството) – каде што новороденчињата и малите деца обично го минуваат времето и учат социјални улоги преку набљудување на начините на кои возрасните стапуваат во интеракција со нив преку секојдневното учество во активности од секојдневни ситуации. Родителите се најважни во развојот на малите деца. За да можат раните интервенционисти да помогнат и да им пружат најдобра и соодветна поддршка, значајно е да ги видат и да работат во нивните природни средини (*Hebbeler, Greer, & Hutton, 2011*).

Истражувањата покажале дека поддршката на родителите и децата во нивната природна средина во текот на секојдневните рутини и активности е многу поефективна отколку времето кое децата би го поминале на третман со професионалци. Интервенцијата е далеку поуспешна кога е фокусирана на родителите.

На тој начин ги зголемува можностите на детето за респонсивни реакции со неговите родители (*Girolametto & Weitzman, 2002*).

Кога услугите се спроведуваат во природни средини, практичарите имаат можност да идентификуваат кои видови поддршки им се потребни на родителите или негувателите за да ги пресретнат потребите на децата во секојдневните активности и да го направат функционирањето на детето во овие средини максимално независно.

Услугите и поддршките во рамките на дел Б вклучуваат специјално образование и поврзани услуги од други стручни лица (логопед, физиотерапевт, како и медицински услуги) доколку се потребни за да се постигнат развојните цели на детето. Во делот Ц, тимот избира некоја услуга или услуги кои ќе помогнат во постигнувањето на крајната цел, а тоа е подобрување на исходите на детето и семејството. Во двата дела семејствата имаат право да одлучат дали ќе ги прифатат или ќе ги одбијат услугите.

Координаторите на услуги во делот Ц им пружаат помош на семејствата во добивањето на потребните евалуации и проценки, им помагаат во добивањето на сите услуги и поддршки опишани во ИСПУ.

#### 1.4. Суштината на раната интервенција

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

Суштината на раната интервенција се однесува на што пораното вклучување на детето во самиот процес на третман и рехабилитација, независно од тоа дали попреченоста настанала пренатално, перинатално или постнатално.

Програмата за рана интервенција може да се спроведува во различни опкружувања, но најголем акцент се става на природното опкружување на детето. Програмите се најефикасни ако со нив се започне веднаш по утврдувањето на развојната тешкотија. Колку порано се започне со задоволување на посебните развојни потреби на детето, толку е поверојатно дека напредокот ќе биде поголем.

Причината поради која се нагласува важноста од раното вклучување на детето во третман е поради постоењето на пластичноста на мозокот во тој период. Тоа е способност на мозочното ткиво кај децата да се одржи функционален капацитет преку преземање на функцијата од друг дел на мозочното ткиво. Важно е со третманот да се започне доволно рано, т.е. пред да се создадат патолошки обрасци на движењата и однесувањата.

Но, иако се нагласува важноста од првите три години од животот, сепак не треба да се занемари и периодот по првите три години, бидејќи невроразвојната пластичност на мозокот и можноста за влијание на квалитетот на развојот, постојат и по третата година (*Roffey, 1999*).

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

Родителите се основа за започнување со рана интервенција.

Центрите за рана интервенција мора да ги имаат предвид потребите и приоритетите на семејствата за да можат да им помогнат да ги разберат специфичните потреби на сопственото дете и да можат да го подобрат неговиот развој.

Потребно е родителите да добиваат навремена поддршка за да се соочат со новонастанатата ситуација, да ја прифатат и да го организираат натамошниот тек на животот, нудејќи му ја на своето дете максималната помош и поддршка.

Раната интервенција, како сервис за поддршка, во различни земји различно е перципирана, дефинирана, организирана и спроведувана. Нејзиното дизајнирање и имплементација во голема мера зависи од структурната поставеност на државните служби, оние од релевантно значење за самиот процес, степенот на развиената свест кај членовите на општествената заедница, поставеноста на системот на здравствена заштита и финансиската моќ на една држава. Моделите на рана интервенција се разликуваат во различни земји, но разлики во нивната поставеност и функционирање можат да се забележат и во рамките на една земја (*Каровска & Јачова, 2006*).

### 1.5. Значењето на раната интервенција за семејствата на деца со попреченост

Покрај детето друг многу важен фактор во процесот на раната интервенција е семејното опкружување на прво место родителите (или старателите), браќата и сестрите, како и останатите членови на семејството на детето.

Семејството е најважно во развојот на секое дете бидејќи тоа претставува примарно опкружување од кое секое дете учи, го поттикнува неговиот развој, му пружа поддршка во процесот на воспитување и образование, како и поттикнување и остварување на сите детски потенцијали. За секое семејство најважна е неговата функционалност. Ова особено е значајно за семејствата во кои има дете со развојно доцнење или попреченост, кои во поглед на организацијата се разликуваат од семејствата на децата со типичен развој. Различноста на овие семејства се гледа во специфичноста по структура, динамика и улогите, бидејќи она што влијае на еден член од семејството влијае и на другите членови.

Градењето на квалитетни односи помеѓу членовите е од клучна важност за функционалноста на семејствата.

Од голема важност е колку семејството излегува во пресрет на потребите и интересите на секој член поединечно и на кој начин семејството ја дава поддршката. Овие семејства се исправени пред големи предизвици и тешкотии во остварување на функцијата на современо семејство во полето на: репродукција, емоционална заштита, економска, воспитание и образование, игра и забава.

Специфичната семејна ситуација може да ги зајакне или да ги загрози семејните односи и динамиката бидејќи кај родителите, па и кај другите членови на семејството сознанието дека детето има тешкотија во развојот, попреченост или инвалидност честопати е проследено со цела низа на интензивни чувства на вознемиреност. Емоционалните реакции низ кои поминуваат родителите во текот на соочувањето со фактот (најчесто соопштувањето на дијагнозата) и кои ги преживуваат се фаза на шок и неверување, лутина, тага, бес, вина, негирање, осаменост и последната фаза - прифаќање (*Velišek-Braško Svilar, 2017*).

Семејството често се чувствува разочарано, социјално изолирано, постојано под стрес, фрустрирано и беспомошно. Овие чувства се двострани и циркуларни. Иако детето е причина за ваквите чувства и состојби кои се јавуваат кај семејството, тие во голема мера влијаат и на детето со попреченост. Кај овие семејствата се појавуваат поголем број на семејни дисфункции, а децата со попреченост повеќе се изложени на злоупотреба отколку децата со невротипичен развој.

Поради тоа раната интервенција, освен работа со детето, вклучува и работа со родителите преку давање поддршка и едукација. На родителите исто така им е потребна професионална помош од страна на терапевти за да можат полесно да ја пребродат емоционалната криза и да се вклучат во рехабилитациониот процес на нивното дете.

Во првата фаза на соочување со постоењето на одреден развоен проблем кај нивното дете, родителите се збунети и имаат потреба од поддршка. Бараат одговори на многу тешки прашања, на кои дури е невозможно и да се даде одговор.

Бараат од професионалците да дадат прогноза за тоа каков ќе биде исходот и долгорочен ефект од третманот на нивното дете, како и кој третман би бил најпогоден за стимулација на развојот. Во оваа фаза многу значаен е професионалниот пристап на тимот професионалци кои нудат поддршка со цел да ги стават во одредена рамка своите способности коишто ќе бидат во согласност со реалните можности и способности на детето.

Со тоа ќе се избегне очекувањата на родителите за нивните деца да бидат насочени во погрешна насока.

Професионалците со цел да го избегнат стресниот фактор можат да се најдат пред искушение да им го кажат на родителите она што тие сакаат да го слушнат. Но, ова може

да доведе и до друга крајност и до продлабочување на тагата и „стоењето во место“ на родителите во одредена фаза од соочувањето со проблемот со што ќе се нарушат и релациите кои родителите ги изградуваат со други професионалци.

Раната интервенција може да им помогне на родителите во градењето на позитивна слика за себе и за своето дете, подобрување на информираноста и вештините кои овозможуваат напредок на детето, но им обезбедува и повеќе време за одмор и работа. Исто така постои можност родителите со слични проблеми меѓусебно да се запознаат, да разменат искуства и да се едуцираат на одредени теми со цел постигнување на социјална интеракција. Крајна цел е подобрување на квалитетот на животот на семејствата. Во раниот период на прифаќање на проблемот не е прифатливо родителите „да бидат чувани во темнина“ или да не им се даваат информации кои би им биле од корист. Во тој период/фаза родителите не можат да добијат конечни одговори на сите прашања, но сепак треба да добијат разбирливи, искрени и реални информации.

Родителите треба:

1. Да добијат уверување дека тие ќе учествуваат во донесувањето одлуки околу изборот на интервентна постапка што ќе биде преземена кај нивното дете;
2. Да бидат вклучени во дискусија во врска интервентната постапка што ќе биде преземена и рационализирање на сите делови од процесот (вклучувајќи ја и потребата за опсервација во одреден временски период и развивање на програма за развој на одредена способност);
3. Да им се понудат контакти со локални групи за поддршка;
4. Да имаат контакти со релевантни невладини организации;
5. Да се информираат за видот на третманите и други достапни услуги;
6. Да се запознаат со правата за едукација и правата во однос на инклузијата во системот на едукација.

Нереално е да се очекува дека родителите веднаш ќе ги разберат и прифатат сите информации кои се нудат, но сепак потребно е да имаат информација и да знаат каде да се обратат кога ќе бидат подготвени да преземат одреден чекор во врска со тешкотијата или



попеченоста на нивното дете. Притоа, голема улога имаат службите за рана интервенција кои нудат услуги од професионалци од различни области и кои акцент ставаат на тимската работа во врска со посебноста на потребите на секое дете (*Roffey, 1999a*).

Главната цел на раната интервенција е да се искористи сензитивниот развоен период со цел да се превенира настанување на изразени тешкотии.

Во светски рамки, пак, раната интервенција се фокусира на мерките што се спроведуваат во предучилишната возраст, воедно вклучувајќи ги и услугите кои се нудат во домашната средина и активностите кои се спроведуваат во установите.

Раната интервенција треба да биде строго индивидуализиран процес за детето. Притоа многу е важно да се поаѓа од неговите способности и силни страни. Во процесот на евалуација и креирање на програмата, но и во текот на целиот процес на спроведување на интервенцијата, потребно е да се слушнат, да се прифатат и да се анализираат повратните информации кои ги даваат родителите за тоа што би можело да биде проблемот кај нивното дете и како да му се помогне. Забележувањата на родителите претставуваат мошне важна дијагностичка основа за раното откривање на развојните тешкотии. Затоа потребно е родителите да се едуцираат за можните отстапувања кои можат да се јават кај детето во најраниот развоен период.

Соработката и партнерскиот однос е од исклучителна важност за позитивен исход од раната интервенција и третманот (*Kosicek et al. 2009*).

## 1.6. Програми за рана интервенција

Концептот на раната детска интервенција се појавува во САД, во 70-тите години на минатиот век. Во постојаното настојување да се намалат трошоците во подрачјето на здравствената и социјалната заштита, развиените држави ја преиспитувале оправданоста на своите мерки и економската оправданост на вложувањата во раната интервенција.

Економските истражувања укажале на користа од тие програми и нивната економска исплатливост. Раната интервенција е поефикасна во однос на трошоците и времето потребно да се спроведе во споредба со пристапот „да почекаме и да видиме“ (*Koegel, et al., 2014*).

Неодамнешните научни прегледи и долгорочните студии за исходот и испитувањата на ефективноста на програмите за интервенција во раното детство во САД имаат важни лекции за иднината на овие интервенции во САД и на меѓународно ниво.

Програмите за рана интервенција треба: (1) да користат повеќе модели базирани на центар или мешани центри и модели за домашна посета, (2) да ги следат стандардите за квалитет, (3) да бидат повеќе фокусирани на семејството и културно компетентни и (4) да го прошират фокусот на нивните проценки. Ако се следат овие препораки, тогаш ќе бидеме во подобра позиција да го добиеме најдобриот поврат на нашите инвестиции во раното детство. Општата цел на програмите за рана детска интервенција е да го поттикнат социјалниот, когнитивниот развој и физичкото здравје на детето (*Guralnick, 1997*).

Индивидуалните програми значително се разликуваат, но генерално тие вклучуваат координиран мултидисциплинарен придонес на индивидуализирани здравствени, образовни и социјални услуги за семејствата со деца од предучилишна возраст и за нивните семејства.

Иако некои програми се концентрирани на обезбедување на воспитание и образование и не се обидуваат да влијаат врз здравјето како примарна цел, сепак во обидот за подобрување на образованието може да се очекува нивното индиректно влијание врз здравјето. Специјалистите за РИ може да даваат услуги директно на децата или на друго место да работат индиректно со нив, фокусирајќи се на нивните родители или старатели. Некои програми ги нудат и двете услуги (*Shonkoff & Meisels, 2000*).

Една од првите програми за рана детска интервенција е Портиц програмата која се спроведувала во Висконсин. Оваа и други слични програми имале инструктивен пристап, односно на родителите им се нуделе инструкции за тоа како треба да воспостават контакт и комуникација со нивните деца. Новите начини за поврзување не биле интегрирани во личноста и функционирањето на секоја индивидуа. Програмите од „првата генерација“ дале позитивни резултати, но сепак имало одредени забелешки:

1. Родителите се чувствувале и несоодветни и потценети бидејќи требало да учат други и нови начини за поврзување со нивното дете;
2. Некои од нив се чувствувале непријатно кога требало да користат точно определени материјали за работа со нивното дете;

3. Родителите нагласувале дека многу лесно станувале зависни од инструкциите и материјалите за работа.

Во САД, најпозната програма за рана детска интервенција е Head Start програмата. Оваа програма започнала во 1964 година по препорака на работната група за развој на федерално спонзорирана предучилишна програма за да им обезбеди на децата од предучилишна возраст, со ниски приходи, сеопфатни услуги за задоволување на нивните здравствени, социјални и психолошки потреби (*Zigler & Styfco, 1993*).

Покрај федерално финансираните програми, како што е Head Start програмата, повеќето држави финансирале и свои локални програми. Релативниот просперитет и приоритетите за финансирање на различни држави имаат важно влијание врз тие програми. На пример, програмите за домашни посети станале популарни како резултат на зголемениот политички интерес за интервенција во раното детство и проширувањето на покриеноста со детско здравствено осигурување на државно ниво. Во САД, пак, програмите за рана детска интервенција не се сметаат за универзални по обем и наместо тоа, тие се насочени кон деца кои се сметаат за ранливи поради биолошките или социјалните фактори на ризик или и двете. Затоа, покрај унапредувањето на здравствените, развојните, социјалните и академските компетенции, овие програми имаат за цел да ја спречат или да ја намалат попреченоста.

Во повеќето успешни програми се следи степенот на квалитет и имплементацијата. Поставување и следење на систематски мерливи стандарди за изведба води до униформност во спроведувањето и може да се управува на таков начин што ќе овозможи локална флексибилност без негативно да се влијае на ефикасноста на програмата.

Програмата Early Head Start (EHS) предлага корисен модел за ова. Креирана е од Конгресот во 1994 година и се заснова на истите принципи како и Head Start програмата, но има за цел да обезбеди услуги за доенчиња и мали деца на возраст под три години, како и за бремени жени. Овие програмите се дизајнирани да негуваат здрави врски помеѓу родителот и детето (детето и старателот). Услугите го опфаќаат целиот опсег на потребите на семејството од бременоста до третиот роденден на детето (*Gray & McCormick*).

Сеопфатна програма за развој на детето CCDP (Comprehensive Child Development Program) е програма создадена од Конгресот (Congress) на САД во 1988 година. Оваа програма беше создадена со цел да се обиде да ги идентификува потребите на семејствата

со ниски приходи со ранливи доенчиња и да ги упати овие семејства на различни услуги за подобрување на резултатите на децата и семејствата, воопшто. Цели на програмата биле:

- да се интервенира колку што е можно порано во животот на децата;
- да се вклучи целото семејство;
- да се обезбеди испорака на сеопфатни социјални услуги за да се одговори на интелектуалните, социо-емоционалните и физичките потреби на доенчињата и малите деца во семејството;
- да се обезбеди испорака на услуги за подобрување на способноста на родителите да придонесат за севкупниот развој на нивните деца;
- да се обезбедат континуирани услуги додека децата не влезат во системот на предучилишно образование или во училиште.

Се спроведува проценка на семејството и се развива систематски план насочен кон целта на секое семејство, план за семејна услуга која се спроведува преку домашни посети на секои 1-2 недели. Услугите вклучуваат управување со:

- случаи;
- писменост на возрасни;
- образование и обука за вработување;
- образование во раното детство и развоен скрининг;
- образование за родителство;
- грижа за здравјето и менталното здравје;
- помош за домување и добивање поддршка;
- здравствена заштита, вклучително и пренатална грижа.

Во периодот помеѓу 70-тите и 80-тите години од минатиот век почнале да се јавуваат и првите резултати од различните програми за рана интервенција, вклучувајќи ја и Head Start програмата која давала позитивни резултати додека траела интервенцијата.

Искусствата од овие програми укажале дека семејно ориентираните програми за рана интервенција даваат најдобри резултати за децата со попреченост и нивните семејства.

Емпириските истражувања од тој период јасно укажуваат дека улогата на родителите и нивната сензитивност, способноста за нивно приспособување кон детските потреби, степенот на вклученост и желбата да му се помогне на детето имаат голема важност во детскиот развој. Сознанијата од овие истражувања влијаеле на дизајнирање и развивање на голем број програми за подобрување на интеракцијата родител-дете и биле насочени кон подучување на родителите со цел поттикнување на процесот на учење и соодветна стимулација на детскиот развој.

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

Ова, всушност, претставува ресурсно-ориентиран пристап што се темели на сфаќањето дека голем број родители кои грижејќи се за своите деца, преку процесот на нивното созревање и стекнување искуства, развиваат потенцијали да се грижат за децата и да бидат со нив што, воедно, претставува основа за интеракција која придонесува за понатамошниот развој.

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

- активирање и понатамошен развој на постојните позитивни квалитети на родителите и/или старателите во однос на интеракцијата и грижата со децата;
- зголемување на сензитивноста на родителите и нивната свесност околу потребите на детето и моменталното ниво на развој на детето;

- зголемување на самодовербата и мотивацијата кај родителите и свесноста за сопствените можности за поддршка на детето и промовирање на детскиот развој;
- развивање на позитивна перцепција во врска со детските способности и можности;
- подобро разбирање на важноста на интеракцијата родител-дете за детскиот развој.

Овие програми се темелат на современите истражувања на детскиот развој, посебно во делот комуникација и емоционален развој на детето. Попознати програми од овој период се ORION програмата (Marte Meo) и MISC (*More Intelligent, Sensitive Child*).

Напредокот на искусствените степени на интеракција доведува до зголемување и подобрување на вклученоста и комплексноста на интеракцискиот процес. Ваквите интерперсонални искуства ја формираат основата на сигурната врска помеѓу родителите и детето и се од голема важност во идните интерперсонални релации. Затоа во најголем дел од програмите, една од најзначајните цели е подобрувањето на интеракцијата родител-дете.

## 1.7. Модели на рана интервенција

### 1.7.1 Развоен модел на интервенција

Развојниот модел на рана интервенција е составен од структурни компоненти, разработени принципи и има свои карактеристики. Обезбедува концептуална рамка на услуги која се темели на заедницата и поддршка на ранливите деца и семејства. (*Guralnick, 2005a*) :

Структурните компоненти и принципи на еден рано интервентен модел влијаат и ја определуваат практиката на сите компоненти на системот во целина. Во рамките на овој модел, во процесот на рана интервенција се врши фокусирање на улогата на семејството, притоа се задржува силната развојна ориентација. Особена важност се придава на квалитетната комуникација помеѓу детето и членовите на семејството во природна средина, при што акцентот се става на поттикнување и одржување на комуникација со деца со типичен развој, односно акцентот се става на инклузијата. Раната идентификација се смета за основна структурна компонента, а принципот на индивидуализација е ставен во законска рамка, посебно во делот на Индивидуален семеен план на услуги (*individualized family service plan-IFSP*) и Индивидуализираната програма за едукација (*individualized education program-IEP*).

Според застапниците на развојниот модел на рана интервенција, развојната ориентација треба да провејува низ сите структурни компоненти и да кореспондира со практиката на секој систем на рана интервенција.

Развојните специјалисти се фокусираат на интеракцијата меѓу родителските системи и детскиот развој. Нивната главна улога е да им помогнат на родителите да го разберат развојот на детето. На пример, ако детето не ги постигнува типичните развојни милјеа, раните интервенционисти соработуваат и го едуцираат семејство со цел да го подобрат развојот на детето (*Miller & Hanft, 1998*).

Во рамките на развојниот модел значење се придава на сè поголемата потреба од поврзување на науката и практиката. Брзиот напредок во достигнувања од областите на раниот развој на децата го зголемува просторот кој постои меѓу истражувањето и практиката. Тоа јасно укажува на потребата од промени кои ќе востановат една практика заснована на резултати од истражувањата на примерок од постапките (*evidence-based practices*).

### 1.7.2 Модели на даватели на услуги на рана интервенција

Според природата интервенцијата може да биде: превентивна и ремедијална, односно да ги помага и поддржува постојните развојни потенцијали или да ги намали последиците од ризик-факторите. Може да биде фокусирана само на детето или на детето и неговото семејство заедно.

Во однос на местото на спроведување може да се реализира со посредство на неколку сервисни модели: домашни посети и услуги реализирани во некои центри итн. Во зависност од составот на групите, во кои се спроведува раната интервенција, се сретнуваат следниве модели:

1. групи родител-дете;
2. групи за поддршка на семејствата;
3. групна развојна интервенција.

Сервисите кои нудат услуги за рана интервенција се различни и се поделени на:

- сервиси засновани на болнички програми; и
- сервиси со срединско-базирани програми.

Честопати заради обезбедување континуитет на раната интервенцијата, овие сервиси се надополнуваат (*Чичевска-Јованова, Рашиќ-Цаневска, 2013*).

Постојат три модели на услужни системи за рана интервенција:

- 1) Мултидисциплинарен модел
- 2) Интердисциплинарен модел
- 3) Трансдисциплинарен модел
- 4) Модел на примарен давател на услуги

### 1.7.3 Мултидисциплинарен модел

Овој модел го сочинуваат повеќе професионалци кои работат независно еден од друг (Fewell, 1983). Петерсон го споредува начинот на интеракција меѓу членовите на мултидисциплинарните тимови со паралелната игра кај малите деца: „рамо до рамо но одделни“. Родителите се дел од тимот, но не учествуваат во донесувањето на решенија. Иако членовите на мултидисциплинарниот тим можат да работат заедно, тие сепак работат одделно, а размената на информациите помеѓу нив се одвива преку пишани извештаи. Постои недостаток на континуирана комуникација меѓу тимот, така што целиот товар на координација и организација паѓа на товар на семејствата (*ERIC, 2014*).

### 1.7.4 Интердисциплинарен модел

Интердисциплинарниот модел го сочинуваат тимови составени од родители и професионалци од повеќе дисциплини. Овие тимови се карактеризираат со формални канали на комуникација во кои членовите на тимот ги споделуваат своите информации и дискутираат за индивидуалните резултати. Членовите на тимот прават индивидуална проценка секој од свој аспект, но повремено заеднички се состануваат за да направат план за понатамошно дејствување. Општо, секој специјалист е одговорен за делот од услужниот план поврзан со неговата професионална дисциплина.

Родителите активно учествуваат, но недостатокот на овој модел е тоа што тие и детето комуницираат одделно со секој член/стручњак од тимот (*Moore, 2013*).



Разликата помеѓу мултидисциплинарните и интердисциплинарните тимови се состои во интеракцијата помеѓу членовите на тимот.

#### 1.7.5 Трансдисциплинарен модел

Трансдисциплинарниот модел е составен од тимови кои се исто така составени од родители и професионалци од повеќе области. Овој пристап се обидува да ги надмине ограничувањата на претходните два (мултидисциплинарниот и интердисциплинарниот), со цел да се формира тим што ќе ги надмине бариерите и границите помеѓу дисциплините и ќе ја зголеми комуникацијата, интеракцијата и соработката помеѓу членовите. Семејствата активно учествуваат, а интервенциите се интегрирани во рамки на семејната рутина. Бидејќи родителите имаат најголемо влијание врз развојот на нивните деца, се сметаат како многу важен дел од трансдисциплинарниот тим и се вклучени во поставување на цели и донесување на програмски одлуки за себе и за своите деца.

Сите одлуки во областа на проценка и планирање на програмата, имплементација и евалуација се донесуваат тимски. Сите членови на тимот ја делат одговорноста за развојот и реализирање на услужниот план кој го спроведува семејството и уште еден член на тимот назначен за давател на примарна услуга (*White, Taylor, Moss, 1992*).

#### 1.7.6 Модел на примарен давател на услуги

Моделот на примарен давател на услуги – пристап за тимска работа е релативно нов пристап во поддршката на семејствата и малите деца во природни средини. Овој пристап значи мултидисциплинарен тим од кој еден од членовите, кој е избран како примарен давател на услуги, се советува, од другите членови на тимот користи советување со родителите и примарните даватели на грижа на малите деца (како воспитувачот и негувателот во градинка), со цел да се унапредат и да се зајакнат компетенциите и самодовербата на родителите и унапредување на учењето и развојот на детето и достигнување на посакуваните поддршки и ресурси (*Woods & Goldstein, 2007*).

### 1.7.7 Модели на работа со семејства во процесот на рана интервенција

Додека традиционалната рана интервенција била фокусирана само на детето, на поттикнување на детскиот развој и подобрување на развојниот исход по спроведениот третман, во 70-тите години од минатиот век, Бронфенбренер (Bronfenbrenner) во еколошката теорија започнал да го употребува терминот „семејно центрирана“ во врска со раната интервенција со цел да се зголеми учеството на родителите во процесот на рана стимулација и едукација (Bronfenbrenner, 1994).

Споредбените анализи кои се правеле, започнувајќи од 80-тите години во однос на тоа што претставува најдобра практика, довеле до создавање легислатива во САД на федерално и централно ниво која била насочена кон промовирање на семејно ориентираната практика. Се поставиле основите на системот во кој било потребно да се изврши евалуација од мултидисциплинарен тим која би довела до создавање на Индивидуален семеен сервисен план (IFSP), поддршка која му е потребна на детето и семејството од сервисните служби и одредување на очекуван исход. Со јавниот закон од 1986 година, семејно центрираните служби од опционални станале законски задолжителни. (Dalmau et al., 2017).

Данст опишува четири модели на работа со семејствата во процесот на раната интервенција: *професионално центрирани, семејно поврзани, семејно фокусирани и семејно центрирани.*

- Застапниците на *професионално центрираните* модели ги гледаат професионалците како експерти кои ги одредуваат потребите на детето и на семејството.
- Во *семејно поврзаните модели*, семејствата се гледаат како помошници на професионалците во кои имаат целосна доверба во однос на спроведувањето на интервенциите кои се претходно одредени во процесот на процена, за подобрување на развојниот исход на детето со попреченост или развојна тешкотија.
- Застапниците на *семејно фокусираните модели* гледаат на семејствата како на корисници на професионална поддршка со која им е овозможена помош во однос на изборот на опција за која професионалците сметаат дека ќе биде од најголема полза во однос на задоволувањето на потребите на детето и на семејството.
- Застапниците на *семејно центрираните модели* на професионалците гледаат како на

инструменти на семејството кои имаат задачи за индивидуализирана, флексибилна и респонсивна интервенција која би била поддршка во јакнење на семејството.

Семејно центрираниот модел FCM (Family Centered Model) на рана интервенција подразбира промена на перспективата во однос на професионалните практики и има долга традиција во САД, Канада, Обединетото Кралство, Австралија итн. Има поддршка од многу истражувачки проекти кои ја покажуваат големата придобивка и значење на овој модел како за развојот на детето така и за функционирањето и благосостојбата на семејствата.

Група автори Данст, Тривет и Хамби преку метаанализа на 47 студии докажале дека моделот на интервенција во центарот на семејството има позитивно влијание врз однесувањето и функционирањето на семејството, воопшто, а особено на родителите на деца со попреченост (*Trivette, Dunst, & Hamby, 2010*).

Други студии даваат докази за подобрување на резултатите во развојот на детето кога се работи од интервенции кои се повеќе фокусирани на природните средини, како што е семејството. Покажуваат дека напредокот на детето е повисок кога интервенциите се вршат од неформални поддржувачи (како што е семејството) за разлика од формалната поддршка (услугите) (*Dunst, Bruder, Trivette, Hamby, 2001*).

Касари, Гулсруд, Вонг, Квон и Лок (2010) забележале дека постигнатиот успех од страна на детето е поврзан и поголем со учеството на родителите, наместо бројот на сесии со професионалци (*Kasari, Gulsrud, Wong, Kwon, & Locke, 2010*).

### 1.7.8 Модел во центарот на семејството

Овој модел акцентот го става на разбирање на развојот на детето на похोलистички и поконтекстуален начин. Напредокот на детето одговара на глобалната визија која најдобро се изразува во преференцијалната грижа дома и во заедницата.

Природните средини (домот, предучилишните и образовните установи, заедницата) се места каде што детето и семејството најчесто го поминува своето време и се препознаваат како раг excellence контексти за промовирање на развојот. Затоа, напредокот на детето не е повеќе поврзан со лекување и дефицит, туку со поволните можности од секојдневните рутини и искуствата кои го промовираат нивното активно учество дома, во градинка и на училиште.

Семејната интервенција се заснова на силните страни на семејството.

Колку повеќе пристапот е фокусиран на семејството, толку неговите членови ќе имаат можност да ги градат силните страни на семејството. Суштинските карактеристики на моделот во центарот на семејството се:

1. Семејството е замислено како *единица за поддршка*, затоа интервенцијата повеќе не е фокусирана само на детето со попреченост и неговата мајка;
2. Почитување на *изборот на семејството*. Семејството сега може да ги изрази своите потреби и преференции во врска со прашања кои ги засегаат, а се однесуваат на семејството и детето со попреченост. Како резултат на тоа, семејството има активна улога во изборот на целите на кои треба да се работи како и во начинот на справување и оценување.
3. Акцент се става на *семејните и контекстуалните јаки страни*, на активностите кои се насочени кон промовирање на компетенциите на семејството, а можностите на семејната средина се повеќе релевантни. (*Turnbull at al., 2004*).

Целта на раната интервенција е максимално искористување на развојните можности и потенцијали на децата. За таа цел потребно е родителите добро да се информирани од страна на професионалците. Информациите треба да бидат објективни и културно сензитивни, почитувајќи ја емоционалната состојба на родителите. Токму заради тоа потребно е професионалците кои работат со децата во службите за рана интервенција добро да ја познаваат правната регулатива, како и процедурите на поддршка во заедницата и на локално ниво. Еден од најважните аспекти ќе биде поддршката на родителите околу слободата на избор на интервентната програма којашто ќе биде релевантна во однос на посебните потреби на нивното дете. Ова се однесува на градење стратегија на дејствување во процесот на рана интервенција во којшто семејствата поддржани од професионалците се охрабруваат во донесувањето на одлуки и решенија.

Професионалците кои работат со децата со попреченост и нивните семејства често пати се во недоумица дали да се биде или не семејно ориентирани во својата дејност.

Давањето приоритет на семејствата на децата со попреченост бара преиспитување на традиционалните практики и волја да се направи исчекор од традиционалните услуги.

Постојат ситуации кои бараат професионалците да ја имаат главната улога т.е. да ја понесат најголемата одговорност во одлучувањето, особено во изборот и спроведувањето на дијагностичките процедури и други технички прашања. Но, сепак мора да се постигне рамнотежа, да се согледаат и потребите на родителите и клиничката улога на професионалците и да се приспособат на начин и темпо што ќе биде во сооднос со нивните потреби. Постигнувањето рамнотежа помеѓу технолошките и интерперсоналните барања во работата на професионалецот е еден од најголемите предизвици.

Лутерман (Luterman), цитиран од Мулер (Moeller, 2001), укажува на важноста децата да живеат во семеен систем и на влијанието на трансакциите во врска со попреченоста кај детето на семејниот систем во целина.

Токму поради тоа тој се фокусира на семејствата бидејќи „Ако семејството е добро и на децата ќе им биде добро“. На семејствата им се нуди психосоцијална поддршка со цел да им се помогне да се адаптираат на новонастанатите услови и да продолжат со заеднички живот.

Лутерман ги поставил основите на системот во кој при процесот на донесување на одлуки на родителите им се дава авторитетот, бидејќи тие се „мудри и ќе донесат вистинско решение“. Ова треба да се има предвид од страна на професионалците за да се избере вистинскиот пристап во однос на поддршката што ѝ се нуди на семејствата во справувањето со попреченоста на нивното дете. За таа цел се изготвува програма за работа која ќе ги идентификува семејните потреби и ќе биде основа за воспоставување партнерски однос со цел максимизирање на исходот од раната интервенција и третманот. (Moeller, 2001).

### 1.7.9 Модел на развојни системи

При анализа на главните искуствено засновани влијанија врз развојот на детето, науката за нормативниот развој идентификувала три типа на семејни модели критични на интеракција:

- 1) квалитет на трансакциите родител – дете;
- 2) семејно насочени искуства на детето;
- 3) здравје и безбедност обезбедени од семејството:

1. Конструкциите поврзани со *трансакциите родител – дете* се опширно истражени, поединечно или со демонстрирани врски во склад со развојните резултати на детето.

Најдобро воспоставени се конструкциите на односите на реципроцитет, да се биде чувствителен, да се обезбедат ефективно топли социјални размени, да има интеракции засновани на дискурс во кои ќе се избегне наметливост. (*Landry, Smith, Swank, Assel, & Vellet, 2001*).

2. Идентификувани се и конструкции во кои *семејствата насочуваат специфични искуства* за нивните деца и постојано се поврзуваат со развојните исходи на децата. Обезбедување развојно соодветни материјали, организирање активности компатибилни со посебните интереси или потреби на детето, избор на квалитетна детска грижа, инкорпорирање на детето во семејните рутини и организирање социјални активности, особено во врска со врсниците, се примери на овој семеен модел на интеракција (*Bernheimer & Keogh, 1995*).
3. Третиот семеен модел на интеракција се однесува на *здравствените и безбедносните потреби на децата*. Родителите се одговорни за обезбедување благосостојба на нивните деца, а ако тоа отсуствува, претставува значителен предизвик за другите модели на интеракција. Имунизацијата, соодветната исхрана и обезбедувањето заштита се витални родителски улоги со потенцијално големо влијание врз развојните резултати на детето (*Cicchetti & Lynch 1995*).

Овие односи меѓу семејните модели на интеракција и развојните резултати од децата обезбедуваат важни детали за да го водат основниот принцип на одржување на развојна ориентација во Моделот на развојните системи. Ваквата ориентација сугерира дека централната цел на раната интервенција за деца кои се изложени на ризик е да се оптимизираат овие три семејни модели на интеракција. Можно е да се потребни и терапевтски активности фокусирани на детето, но најдобро се земаат предвид меѓу искуствата оркестрирани од семејствата. Оваа сеопфатна рамка на моделот на развојни системи јасно укажува дека семејствата се во фокусот и каква и да е потребата од интервенции, семејствата треба да бидат во центар.

### 1.8. Проценка на развојните можности и способности на детето и дијагноза

Посебен предизвик за стручњаците кои се вклучени во процесот на рана интервенција претставува дијагнозата и проценката на развојните можности и способности на детето. Дијагнозата се поврзува со прогнозата и овозможува поставување на предиктивни претпоставки во врска со очекувањата.

Развојниот период кај децата е време на брзи промени, затоа во процесот на дијагностицирање важно е проблемот да се разгледа од сите аспекти, а не да се разгледува изолирано од контекстот во кој настанал и се развива, бидејќи се работи на организирање на сите делови на системот значајни за постојниот развоен проблем (*Emde & Robinsom, 2000*).

Токму поради ова велиме дека дијагнозата не е непроменлива туку дека се работи на поставување развојна дијагноза што подлежи на периодични реevaluации.

Раната интервенција бара познавање и разбирање на законитостите на детскиот развој.

Протоколите за проценка се рамка врз чијашто основа се проценува развојното ниво на кое се наоѓаат децата. Процената на способностите и достигнувањата на детето претставуваат предизвик во програмите за рана интервенција. Потребно е запознавање со начините на кои детето ги користи своите способности, што го мотивира, а што го фрустрира, што му претставува задоволство. Потребно е и утврдување на можностите за изведување, стимулирање, поддржување и проширување на видовите активности кои детето ги изведува.

Тимската работа е еден од основните атрибути на процената во процесот на рана интервенција, соработката семејствопрофесионалци и консензусот во однос на донесувањето одлуки околу состојбата и потребите на детето (*Bagnato et al., 1993*).

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

Процената во процесот на рана интервенција е тимски процес базиран на семејно-професионална соработка и донесување одлуки. Сè повеќе се согледува потребата од проценка која ќе се спроведува во природна средина (домот, предучилишната установа или училиштето), во интеракција со врсниците во секојдневните активности, со цел да се добие репрезентативен поглед на можностите и стекнатите способности.

Се врши функционална проценка на можностите на детето. Се одредуваат развојните активности во процената кои се насочени кон одредени компетенции и целосно

функционални можности кои ги поддржуваат целите за нормализација, поголема независност и инклузија. Развојната процена треба да биде сензитивна и лонгитудинална, а периодична евалуација на напредокот на детето е повеќе од потребна.

### 1.9. Принципи на раната интервенција

Современите модели на рана интервенција се засновани на јасно дефинирани принципи. Раната интервенција обезбедува поддршка и ресурси со цел да им помогне на членовите на семејството, старателите или негувателите да го подобрат учењето и развојот на децата преку секојдневни можности за учење. Рано интервентните модели главно се реализираат преку следниве седум принципи:

1. *Доенчињата и малите деца најдобро учат преку секојдневни искуства и интеракции со познати луѓе во познати контексти.*
2. *Сите семејства со потребните поддршки и ресурси можат да го подобрат учењето и развојот на своите деца.*
3. *Примарната улога на давателот на услуги на рана интервенција е да работи и да ги поддржува членовите на семејството-родителите и старателите во животот на децата.*
4. *Процесот на рана интервенција, од почетните контакти со семејството преку транзицијата, мора да биде динамичен и индивидуализиран и приспособен за да ги одразува преференциите на детето и членовите на семејството, стиловите на учење и културните верувања и вредности.*
5. *Резултатите од ИСПУ мора да бидат функционални и да се засновани на потребите на децата и семејствата и приоритетите идентификувани од семејството.*
6. *Примарниот давател на услуги најсоодветно ги адаптира и решава приоритетите, потребите и интересите на семејството, и истовремено добива тимска поддршка и поддршка од заедницата.*
7. *Интервенциите со малите деца и членовите на семејството треба да бидат засновани на експлицитни принципи, потврдени практики, најдобро*



*достапни истражувања и релативни закони и регулативи.*

Принципите се во склад со реалните потреби на семејствата кои имаат деца со ризик од развојно доцнење, а резултатите од многуте истражувања, во кои се испитувани очекувањата на родителите од рана интервенција насочена кон семејството, го истакнуваат следново:

- Поддршката и услугите не треба да се насочени само кон детето кое е под ризик од развојно доцнење или кај децата со попреченост, туку услугите треба да им се понудат на семејството во целина, треба да бидат индивидуализирани и приспособени на потребите на секое семејството и да се спроведуваат тимски.
- Одлуките за развојот на детето треба да ги носат родителите, а не професионалците. *(Petr & Allen, 1997).*

#### 1.10. Тимот за рана интервенција

Според прегледот на актуелната состојба во полето на раната интервенција, што го направила Европската агенција за развој на образованието на деца со посебни потреби во 2003 година, како една од важните компоненти за квалитетна реализација на раната интервенција се наведува тимската работа. Есенцијален дел од организацијата на тимската работа претставува етиката на тимското работење. Добрата меѓусебна комуникација и соработка е основа за успешна соработка. Секој од членовите на тимот има посебна улога во него. Притоа се нагласува дека градењето на тимската работа бара интердисциплинарна соработка не само помеѓу членовите на тимот туку и со родителите.

Семејството се гледа како еднаков член на тимот и е вклучено во сите аспекти на процена, планирање и интервенција. Тоа е клучна компонента на семејно насочената рана интервенција. Специјалистите за рана интервенција (специјални едукатори и рехабилитатори, развојни специјалисти) се фокусираат на целокупниот развој на новороденчето или малото дете, едуцирањето на родителите, како и наоѓањето ресурси за семејството. Развојните специјалисти се фокусираат на интеракцијата меѓу родителските системи и детскиот развој. Нивната главна улога е да им помогнат на родителите да го

разберат развојот на детето. На пример, доколку детето не ги постигнува типичните развојни милјеа, раните интервенционисти соработуваат и го едуцираат семејство со цел да го подобрат развојот на детето. Тие вообичаено се координаторите за услуги (*Miller & Hanft, 1998*).

Членови на тимот за рана интервенција се: лекар, психологот, социјален работник, едукациско-рехабилитациски професионалец (специјалист за рана интервенција), окупационен терапевт, логопед, физијатар и други стручни профили во зависност од потребата на детето и семејството според Европската агенција за развој на посебното образование European Agency for Development in Specijal Needs Education 2005 (*Kosicek et al., 2009*).

#### 1.10.1 Лекар (педијатар, невролог, психијатар)

Лекарите специјалисти, педијатри, невролози, психијатари први доаѓаат во контакт со новороденчињата со ризик и децата во раниот развоен период и заедно со тимот од професионалци ја вршат процената на развојните можности на новороденчето-детето и ја поставуваат развојната дијагноза.

Лекарот специјалист од свој аспект ги определува целите во однос на интервенцијата во која се вклучува детето по откривање на развојниот проблем. Се насочуваат родителите за спроведување на основни медицински иследувања кои ќе дадат комплетна слика за развојната тешкотија, се работи со семејството во процесот на прифаќање на потребите на детето, се врши евалуација на развојниот напредок кој го постигнува детето и се насочуваат родителите со цел поголема проодност во системот на рана интервенција и социјална поддршка во процесот на инклузија на детето со попреченост. Особено важна е консултативната улога која ја има лекарот специјалист во однос на воспоставувањето на партнерски однос со родителите на детето со ризик или попреченост, како и соработката понатаму со стручните тимови од предучилишните установи и училиштата.

#### 1.10.2 Психолог

Психологот како член на стручниот тим за рана интервенција прави проценка на детскиот развој. Психолошката проценка опфаќа проценка на: интелигенцијата и когнитивниот развој, едукативните капацитети на детето, јазикот и комуникациските

способности, адаптивното однесување и сензорните функции. Спроведува активности на превенција; психодијагностика; советување и психотерапија и плеј-терапија.

Психологот како дел од мултидисциплинарниот тим има за цел да ја промовира соработката со родителите и формирање на партнерски однос преку советување и промовирање на родителската улога и јакнењето на семејните капацитети. Користи модели на советување и мониторинг и претставува поддршка во третманот што се спроведува кај детето во врска со другите аспекти на детскиот развој од страна на другите професионалци од мултидисциплинарниот тим.

### 1.10.3 Социјален работник

Социјалниот работник е важен член на тимовите за рана интервенција. Неговата улога и примарен фокус се состои во пружање социјална поддршка на децата и нивните семејства корисници на услугите на рана интервенција за што поголема партиципација во нивната социјална средина. Им помага на семејствата да се поврзат со другите сервисни служби, да обезбедат финансиска помош и поддршка и да ги изнајдат соодветните ресурси кога станува збор за менталното здравје. Оваа поддршка може да ја дадат и семејнолозите (семејни едукатори).

### 1.10.4 Специјален едукатор и рехабилитатор

Фокусот на специјалистите за рана интервенција (специјалните едукатори и рехабилитатори, развојни специјалисти) е на целокупниот развој на новороденчето или малото дете, односно се однесува на постигнување повисоко ниво на развој и функционална извршна активност.

Главни задачи на развојните специјалисти во рамките на сервисната служба за рана интервенција во работата со децата со попреченост и нивните семејства се однесуваат на:

- скрининг на развојните нарушувања;
- одредување на развојното ниво на децата при поставување на дијагноза;
- изработка, имплементирање и мониторинг на терапевтските интервенции;
- евалуирање на ефективноста на интервенциите и модификација на интервентната програма доколку е потребно;

- идентификација на семејните грижи, ресурси и приоритети;
- план за препораки на семејствата и мониторинг на нивната имплементација;
- партиципација во интердисциплинарното планирање;
- советување на членовите на семејството;
- консултација, соработка и упатување на семејствата кон други професионалци служби во заедницата;
- има улога на координатор на сервисните услуги.
- препорака и користење на асистивна технологија;
- препораки за одредени средински модификации.

Кај децата корисници на раноинтерветни услуги, кај кои има проблеми и тешкотии поврзани со фината и груба моторика, може да се вклучат уште двајца професионалци во нивните тимови за РИ / окупационен терапевт и физиотерапевт.

#### 1.10.4.1 Окупационен терапевт

Окупациониот терапевт спроведува третмани поврзани со вештините на децата со цел да им помогне во стекнување на независност во сите животни области. Неговото дејствување повеќе е насочено кон развојот на фината моторика.

#### 1.10.4.2 Физиотерапевт

Физиотерапевтот дијагностицира и третира проблеми поврзани со движење, вклучително и сензомоторниот развој, кардиопулмонарниот статус и невролошката организација поврзана со мобилноста.

#### 1.10.5 Логопед

За логопедите во тимот за рана интервенција фокусот на работата е ставен на заостанувањето на развојот на комуникацијата (рецептивна и експресивна). Од голема важност за логопедот е јакнењето на врската помеѓу комуникациските способности и

другите сфери на развојот како што се моторните способности, социо-емоционалното функционирање и адаптивното однесување.

### 1.11. Индивидуален семеен план на услуги

Планот за индивидуализирана семејна услуга - „IFSP“- е срцето на раната интервенција.

ИСПУ - Индивидуален семеен план за услуги - IFSP (Individual Family Service Plan), е процес а воедно и пишан документ создаден со цел да се да се задоволат индивидуалните потреби, грижи и приоритети и максимално развивање на потенцијалот на децата од раѓање до тригодишна возраст и нивните семејства. Во него се прикажани поддршките и услугите што им се потребни на малите деца вклучени во раната интервенција. Учеството на родителите и семејствата во процената и имплементација на ИСПУ-процесот не е задолжително туку доброволно. Тие имаат можност да одлучат за тоа колку и кои информации ќе ги споделат како и можност да одлучат колку и кои поддршки и услуги сакаат да ги добијат (*Karovska Ristovska, 2019*).

Во процесот на неговото создавање заеднички учествуваат семејството, тимот за рана интервенција, координаторот за ресурси за семејство, како и воспитувачите и негувателите во градинка и други лица со кои детето е во постојан непосреден и близок контакт.

Целта на ИСПУ- поддршките е да се постигнат крајните функционални цели кои се поставени и реализирани од тимот во насока на индивидуализирана поддршка на децата со попреченост и нивните семејства. ИСПУ се изготвува заеднички помеѓу семејството и тимот на практичари реализатори на рана интервенција. Во него се наведени услугите за рана интервенција кои најдобро ќе помогнат да се постигнат тие резултати и опишува кога, каде и како тие услуги ќе бидат реализирани. Тоа ќе биде мапа што ќе ги води родителите и професионалците во работата.

ИСПУ-процесот во РИ се состои од 5 главни фази кои вклучуваат идентификација и утврдување на проблемот, прием и проценка на семејството, проценка на детето, развој и испорака на услуги и транзиција.

Откако ќе се процени дека детето ги исполнува условите за добивање на рано интервентни услуги, семејството, координаторот на тимот и другите членови на тимот пристапуваат кон изготвување и развивање на ИСПУ-план, кој ќе ги идентификува тековните нивоа на развој на детето, очекувањата кои родителите ги имаат од спроведувањето на РИ по ПСПУ и други поддршки што родителите треба да ги добијат во постигнувањето на тие исходи.

Важно е давателите на услуги за рана интервенција и семејството да разберат дека најдобриот начин за да се задоволат потребите на малото дете е да се поддржат силните страни на семејството. Услугите кои се обезбедуваат преку рано интервентните сервиси ги поддржуваат потребите на семејството во однос на функционирањето на нивното дете во рамките на секојдневните рутини и активности т.е. во нивната природна средина. ИСПУ ги вклучува следниве активности:

- Информации за семејството, ресурси, приоритети и грижи;
- Исходи или резултати кои родителите очекуваат да ги постигне нивното дете;
- Каква услуга е потребна;
- Како ќе се обезбеди услугата;
- Број на сесии и колку долго ќе трае секој сесија;
- Каде ќе се одржуваат сесиите;
- Како ќе се испорача услугата (на пример, индивидуално, со консултации итн.);
- Согласност од родителите за природната средина каде ќе се дава услугата;
- Информација за координаторот на услугата;
- План за транзиција;

Вклучувањето на други членови на тимот е во зависност од тоа што му е потребно на детето и семејството. За да го поддржат растот и развојот, ИСПУ-планот подлежи на реевалуација од страна на семејството и координаторот на тимот за услуги за да бидат сигурни дека има напредок во исполнување на резултатите и по потреба да го ревидираат или ажурираат.

ИСПУ го одредува типот на услуги кои ќе го поддржат детето и семејството и може да вклучува;

- Координација на услугите (се однесува на тековните активности што ги спроведува координаторот на службата за да му помогне и да му овозможи на семејството да добие информации за нивните права, процедурални заштитни мерки и рано интервентни сервиси);
- Семејна обука, советување и домашни посети;
- Говорна терапија;
- Работна терапија;
- Психолошки услуги;
- Медицински услуги (само да дијагностика или евалуација на цели);
- Здравствени услуги;
- Социјални услуги;
- Услуги за помошна технологија;
- Услуги за транспорт;
- Услуги за исхрана.

#### 1.12. Семејно насочени практики

Семејноориентираната практика е термин што се користи за збир на практики кои практичарите за рани детски интервенции ги користат кога работат со децата со попреченост и нивните семејства. Практиката насочена кон семејството создава партнерство помеѓу семејствата и професионалците во кои знаења и информации се споделуваат подеднакво. Практиките кои ќе се користат треба да резултираат со овие исходи (*Woods & Goldstein, 2007*).

Семејноориентираната практика се базира на следниве карактеристики:

1. *Практики засновани на ресурси* - се збир од стратегии насочени кон обезбедување

на ресурси и поддршки на децата и семејствата со зголемување на нивниот капацитет до постигнување на посакуваните позитивни резултати преку:

- *формални поддршки* – кои се добиваат организирано во здравствени и социјални организации и агенции преку разни програми за едукација за ментално здравје, социјални услуги, програми за едукација на возрасни кои јавно го поддржуваат давањето услуги.
  - *неформални поддршки* – ги сочинуваат членовите на поширокото семејство што се дел од семејниот живот на детето и семејството како што се соседи, круг на пријатели, членови на заедницата или други членови кои можат да им помогнат во различни секојдневни активности. Овие поддршки остануваат и по завршувањето на услугите за рана интервенција.
2. *Практики кои се спроведуваат во природни средини за учење* – произлегуваат од активности; активности засновани на интересите на детето и респонсивноста-реакцијата на родителот кон детето.
- *Активностите што се засновани на интересот на децата* овозможуваат тие да бидат вклучени во активности со луѓе, објекти и искуства кои се забавни и во кои децата уживаат, а воедно служат како извори за рано учење, давајќи им можност на децата да ги употребуваат постојните способности и да развиваат нови вештини. Децата со попреченост иако имаат потреба од повеќе помош, повторувања, адаптации во стекнувањето на нови вештини, тие исто така учат во контекст на нивните секојдневни активности и искуства. Истражувањата покажале дека поголема е веројатноста дека децата ќе се вклучат во активности и подолго ќе се задржат, а со тоа ќе имаат повеќе време да ги вежбаат постојните и новите вештини кога се вклучуваат во активности што се интересни за нив. Респонсивноста на родителите ги зголемува практиките и со тоа влијае на полесно поминување на детето на следното развојно ниво. Респонсивноста значи разбирање на сигналите на детето и соодветен одговор од родителите. Тоа значи дека тие ги разбираат и имплементираат практиките што го поддржуваат учењето на детето во различни активности. Респонсивното родителство е родителски стил кој се карактеризира со висока чувствителност на родителите кон потребите на



децата. Одговорните родители реагираат со топло прифаќање на потребите, чувствата и интересите на детето постојано. Тие се чувствителни и навремено реагираат на детските сигнали. Чувствителното или одговорното родителство се однесува на семејните интеракции во кои родителите се свесни за емоционалните и физичките потреби на нивните деца и одговараат соодветно и доследно. Чувствителните родители се „во склад“ со своите деца.

3. Практики на тимско работење е релативно нов пристап во поддршката на семејствата и на децата во природни средини, односно е примарен давател на услуги/пристап на тимска работа каде што еден од членовите е избран да ги советува другите членови, всушност тој е избран за примарен давател на услуги.
4. Стилски на учење на возрасни лица е практика која спаѓа во семејноориентираната интервенција на деца и семејства, а тоа е употребата на техники за поддршка на учењето на возрасни.

### 1.13. Интервенција фокусирана на односи

Интервенцијата фокусирана на односи (RFI, Relationship-Focused Intervention) се обидува да го промовира развојот на малите деца со доцнење во развојот и попреченост преку охрабрување на родителите да се вклучат во интеракции за време на секојдневните рутини со нивните деца. Овој пристап кон интервенцијата се заснова на Моделот на родителство на детскиот развој и беше изведен од истражувањето за интеракцијата на родителите. RFI се обидува да го подобри развојот и социјалната емоционална благосостојба на децата, фокусирајќи се првенствено на родителите како агенти на интервенција, обидувајќи се да го максимизира квалитетот или ефективноста на родителите со нивните деца за време на секојдневните активности и рутини. Моделот Интервенција фокусирана на односи е изведен од „родителскиот модел“ на детскиот развој кој тврди дека родителите и другите негуватели се основните психосоцијални влијанија врз развојот на сите деца, вклучително и децата со попреченост (*Goodman, 1992*).

Може да се окарактеризира како интеракциски пристап кој смета дека развојот е под заеднички влијание на детскиот биолошки интегритет, како и од квалитетот на

интеракциите и искуствата што родителите и другите старатели им ги обезбедуваат за време на секојдневните рутински активности.

Одговорноста на родителите е исто така поврзана со социјално-емоционалното функционирање на децата. Респонсивноста влијае на приврзаноста на децата кон нивните родители, што е едно од најважните социо-емоционални однесувања во раните години од животот. RFI се заснова на радикално различна концептуална рамка отколку повеќето развојни интервенции што се користат со децата со попреченост денес. RFI се заснова на моделот на родителство кој ја нагласува важноста родителите да ја играат главната улога во интервенцијата и да го промовираат развојот на децата преку вклучување во одговорни интеракции.

#### 1.14. Транзиција во системот

Транзицијата може да ја дефинираме како „момент на промена на сервисите и персоналот кои ги координираат и ги обезбедуваат сервисите“ (Каровска & Јачова 2006).

Транзициите на малите деца со попреченост и развојно доцнење може да настанат на различни места: транзиција кога детето излегува од болницата и се враќа во својот дом кај своето семејство, транзиција од домашна нега во центрите за рана интервенција, како и транзиција од предучилишните установи во основно училиште.

Секој процес на транзиција може да биде стрес за семејството и детето. Една од најважните транзиции за деца со попреченост е транзицијата од предучилишниот систем во системот на основно образование, односно во основното инклузивно училиште. Последиците од овој стресен процес може да бидат повеќе нагласени доколку детето не е подготвено за транзицискиот период во процесот на социјалната инклузија. Затоа транзицијата треба да биде внимателно планиран процес насочен кон достигнување на одредени цели, да биде иницирана од примарниот провајдер на сервиси кој поставува и имплементира сервисен план за секое дете кое започнува да учи по програма.

#### 1.15. Асистивна технологија

Асистивната технологија и нејзината употреба е поим кој буди интерес во современиот систем на раната интервенција (Weintraub et al., 2004).

Асистивната технологија овозможува и промовира инклузија и рамноправно учество на лицата со попреченост во сите облици на општеството. Примарната цел на асистивната технологија е одржување или подобрување на функционирањето и независноста на поединецот, со што се промовира и нивната благосостојба. Асистивната технологија на луѓето им овозможува да живеат здрав, продуктивен, независен и достоинствен живот и да учествуваат во образованието, на пазарот на трудот и во граѓанскиот живот како сите други граѓани.

Асистивната технологија се однесува на секој производ, дел, опрема или систем, без разлика дали се употребува во изворен облик, модифициран или приспособен, којшто се користи за да се зголемат, да се одржат или да се подобрат функционалните физички и ментални можности на лицата со инвалидност. Под асистивни помагала се подразбираат (пенкала, протези, стабилизатори на хартија за помагала за движење, пред сè колички и штаки, компјутери, приспособени тастатури, екрани, глувчиња, различни програми, книги за лица со оштетен вид, Брајови читачи и др.) Важно е, сепак, да се нагласи дека секој предмет што нè опкружува може да биде употребен како помагало, доколку неговата оригинална или модифицирана намена овозможува подобро функционирање. Асистивната технологија им помага на луѓето со попреченост и посебни образовни потреби во процесот на учење, работа и социјална интеракција. (*Parents, Let's Unite for Kids*).

Асистивната технологија и помагалата овозможуваат поголем степен на самостојност, независност, побогат и активен живот на лицата со инвалидитет. На асистивната технологија ѝ претходи долг процес, процена на индивидуалните потреби, избор на соодветно средство и обука за користење.

Употребата на асистивната технологија во работата со деца со ПОП го поттикнува развојот на комуникативните и социјалните способности и може да превенира појава на бихевиорални проблеми кои се карактеристични за деца кои имаат ограничени способности за комуникација. Задачата на терапевтот е да избере компензаторни методи кои ќе ја зголемат можноста на детето за целосно учество во одредени функционални активности и ќе поттикнуваат развој на способностите поврзани со одредени функционални области.

Апликацијата на асистивната технологија има потреба од едукација на родителите и едукаторите. Сите членови на мултидисциплинарниот тим, кој е вклучен во развојната поддршка на детето, треба постојано да ги развиваат и унапредуваат своите способности во однос на употребата на асистивната технологија, со цел збогатување на развојниот исход

од третманот и ефективна практична апликација во одредени развојни полиња.

Децата треба да се воведат во светот на технологијата и да станат свесни за поддршката која ја добиваат од асистивната технологија. Изборот и употребата на соодветна асистивна технологија за децата со попреченост бара потреба од ефективна тимска работа во која ќе биде вклучено и семејството во процесот на носење на одлуки при решавање на проблеми.

За да влијае асистивната технологија на подобрување на развојниот исход од спроведените интервенции, потребно е да се почитува развојното ниво на детето и неговите можности и способности, како и неговите ограничувања. (Swint, 2001).

### 1.16. Раната интервенција во Република Северна Македонија

Истражувањата укажуваат на фактот дека раната детекција и дијагностика во нашата држава се извршуваат доцна, најчесто по тригодишна возраст, а голем број деца остануваат без соодветен наод и мислење сè до поаѓањето во училиште. Ненавременото детектирање предизвикува низа недостатоци кои негативно се одразуваат врз развојот на децата и нивните семејства, а со тоа и врз целокупното општество.

Во Република Северна Македонија сервисите за рана интервенција се насочени кон популацијата на деца со попреченост и деца родени со ризик-фактор. Тие сервиси влегуваат и претставуваат дел од здравствените служби каде што се спроведува примарна здравствена заштита.

Во центрите се изведува: рана дијагностика, терапија и интервенција ориентирана кон потребите на детето, информации за родителите, фамилијарна поддршка и психолошки советувања.

Терапиите се специјализирани програми чија цел е да се унапредува детскиот развој. Се изведуваат и рани стимулативни вежби со цел да се забрза детскиот развој. Кај децата со развојни тешкотии најчесто се изведуваат:

- Окупациона терапија
- Физикална терапија
- Говорна терапија

Во рамките на центрите за рана интервенција постои и мобилна служба.

Центрите за рана интервенција се тесно поврзани со:

- Гинеколошко-акушерските клиници;

- Градинки;
- Здравствени домови низ целата земја;
- Завод за ментално здравје на деца и младинци;
- Завод за рехабилитација на слух, говор и глас;
- Специјалните установи за едукација на деца со различни видови попреченост и др.  
(*Каровска & Јачова, 2006*)

На територијата на Република Северна Македонија сè уште не постои единствен регистар на невроризични деца. Овие деца кај нас се следат во Центарот за следење на раст и развој на ризично родени деца во поликлиниката „Бит-пазар“. Вакви центри има и во Битола, Велес и Штип и се единствените од ваков вид во нашата држава. Имаат мултидисциплинарен стручен тим составен од педијатар, психолог и специјален едукатор/дефектолог. Се спроведува програма што се состои во рана детекција на развојните отстапувања, евиденција, рана развојна педијатриска дијагноза, психолошко тестирање, дефектолошка проценка, следење и апликација на разни сензомоторни стимулации кај ризичните деца и децата со развојни тешкотии. Децата кои имаат потреба од невролошко следење се следат во Невроразвојната педијатриска амбуланта при Клиниката за детски болести. (*Чичевска-Јованова, Рашиќ-Цаневска*).

За подобрување и унапредување на раната интервенција донесени се низа предлог-мерки кои треба да се имплементираат:

- Во Единиците за неонатална интензивна терапија да се воведат развојни програми и рана интервенција заради зголемување на бројот на високоризични новородени, особено недоносени;
- Проширување на мрежата на развојни советувалишта на ниво на локалната заедница;
- Вработување на специјални едукатори во здравството, градинките и редовните училишта со цел обезбедување на мултидисциплинарен пристап во работата со ризичните деца и децата со дијагностицирана попреченост.
- Вмрежување на сите институции кои работат со ризични деца и да се овозможи меѓуекспертска соработка;
- Да се стави фокус на семејството, да се овозможи организирана институционална работа со родителите со цел континуитет во соработката со експертите;

- Донесување на програма за организирана, законски регулирана работа во домашни услови, веднаш по раѓањето;
- Да се подигне свеста за раната интервенција кај надлежните министерства – здравство, труд и социјала како и на локално, регионално и национално ниво;
- Подигање на јавната свест за значењето на раната интервенција преку медиуми, информативни кампањи, интернет ресурси, публикации, работилници и конференции;
- Организирање на научно-стручни собири од мултидисциплинарен карактер.

Како дел од активностите на Сојузот на специјални едукатори и рехабилитатори на Република Северна Македонија, во соработка со УНИЦЕФ и финансиска поддршка од Владата на Обединетото Кралство и Британската амбасада, започна со активности за обезбедување услуги во заедницата на деца со попреченост и нивните семејства преку воспоставување на нови форми на услуги – рана интервенција за деца со попреченост од 0 до 6-годишна возраст и психосоцијална поддршка на нивните родители/старатели.

Во центарот се реализираат следниве активности:

- Проценка по МКФ (Меѓународна класификација на функционирање, попреченост и здравје) на состојбата и потребите на децата за рехабилитација и проценка на потребите на семејството за поддршка;
- Индивидуална и групна работа со деца (третмани и интервенции);
- Индивидуална и групна работа со родители (давање психосоцијална поддршка);

Сепак, центрите за рана интервенција во Северна Македонија не ги исполнуваат секогаш предусловите за олеснет пристап и грижа за децата со развојни попречености. Свесноста за користа од раната интервенција и раната инклузија за сите (деца со попреченост, родители, деца врсници, наставници) е сè уште на многу ниско ниво.

## 2. ИНКЛУЗИЈА НА ДЕЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ ВО ПРЕДУЧИЛИШНОТО ОБРАЗОВАНИЕ

### 2.1. Инклузија

Во изминатите две декади се бележат голем број промени во процесот на едукација и рехабилитација на децата со попреченост. Едни од најзначајните придобивки од овие промени се однесуваат на признавањето и почитувањето на различностите. Сето ова овозможува засилување на напорите за повторно враќање на сите кои биле исклучени или сегрегирани – маргинализирани поради нивната попреченост.

Недоволното познавање на природата на попреченоста и причините кои доведуваат до неа условиле да се појават различни видови на сфаќања и верувања кои и не одговараат на реалноста.

Периодот на транзиција од неприфаќање и маргинализација кон прифаќање на различноста е проследен со голем број истражувања, искуства и поголемо разбирање и толеранција, како и реевалуација на вредностите кои резултираат со промени и во политиките.

Од тука лицата со попреченост се прифаќаат како природен па оттаму и нормален дел од општеството, кои имаат потреба за квалитетен живот загарантиран преку законски регулативи и сервисни служби како што има мнозинството од популацијата. Тоа се однесува првенствено на легислативата во однос на здравствената заштита, социјалната сигурност, едукација, рекреација, пристапност и достапност на сервисните служби вработување, рекреација, право на пријатели, остварување на партнерски односи, право да се доживее љубов, вклучително и правото да се има потомство.

Во изјавата од Саламанка стои: (*UNESCO 1994*).

- Право на сите деца, вклучувајќи ги и оние со привремени или перманентни потреби за едукативни приспособувања со цел да посетуваат училиште;
- Право на сите деца да посетуваат училиште во нивната заедница во инклузивни одделенија;
- Право на сите деца да бидат вклучени во едукација која е насочена кон потребите на детето и која им излегува во пресрет на индивидуалните потреби;

- Ги нагласува придобивките за сите кои се вклучени во имплементација на инклузивното образование;
- Право на сите деца да бидат вклучени во квалитетен образовен систем кој е значаен за секоја индивидуа;
- Сфаќањето и верувањето во инклузивното образование ќе води кон инклузивно општество и ќе биде економски оправдано.

Во Изјавата од Саламанка јасно се истакнува дека:

- Сите деца можат да учат, независно од тоа колку се големи развојните и образовните бариери со кои се соочуваат;
- Инклузивното образование треба да обезбеди едукација која што ќе превенира развивање слаба волја, низок степен на себевреднување и последиците кои би произлегле од тоа.
- Инклузивното образование цели многу повеќе кон соработка отколку кон натпревар.

## 2.2. Разлика помеѓу интеграција и инклузија

Поимот на образовно вклучување на децата со попреченост во системот на воспитание и образование, тесно е поврзан со термините интеграција и инклузија.

Во педагошката практика често постои изедначување на двата поима, но тие всушност претставуваат два различни концепта со различна визија и разбирање на тој процес.

Инклузивното образование е филозофија која во себе го содржи радикалниот концепт на трансформација на општеството во сите негови сегменти т.е. менување на вредностите, приоритетите и политиките на практиката на исклучување и дискриминација. Од филозофска перспектива инклузијата е покомплексен процес и се однесува на промените кои треба да се направат во редовната едукативна средина за да се овозможи пристап на децата со различна попреченост внатре во училиницата.

Поимот интеграција може наједноставно да се означи како „ученик по мерка на училиштето“, а поимот инклузија како „училиште по мерка на ученикот“. (Becirović, 2004).



Интеграцијата се организира преку хиерархиска структура. Интегративниот пристап во образовниот систем го гледа ученикот како проблем и од него се бара да се вклопи во училишната средина, со тоа што ќе се промени и приспособи на училиштето.

Во интегрираното образование, во центарот на вниманието е реализацијата на наставните програми и постигнувањата на ученикот на училишно ниво, а самото внимание не е насочено кон ученикот и неговите специфични можности, знаења и интереси.

Инклузивното образование не значи интегрирање на „некои“ деца во образовниот систем, туку целосно трансформирање на образовниот систем и неговите процеси, за да ги опфати сите различни деца и ученици, вклучувајќи ги и оние со недостатоци, но и оние со различни способности и образовни потреби.

Во инклузивната наставна практика воспитувачот и наставникот работат индивидуално со децата: ги следат и одговараат на нивните потреби и темпо на развој, ги наградуваат нивните силни страни (она што умеат да го направат) наместо да ги „поправаат“ нивните недостатоци (она што не умеат да го направат).

Разликата меѓу образовната интеграција и инклузија е во тоа што интеграцијата подразбира „да се оди во училиште“, додека пак инклузијата подразбира „да се учествува во училиштето“.

За разлика од интеграцијата, инклузијата претставува не само преобразба на воспитно-образовните институции туку и на целото општество.

Инклузијата има поголемо значење од интеграцијата затоа што е начин на верување дека сите луѓе се важни, без оглед на нивната различност. Во инклузивното општество и инклузивната занимална и училница не треба да постојат предрасуди и треба да се почитува рамноправноста.

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

Денес инклузивното образование како средство за надминување на предизвиците и постигнување на подобри резултати е една од главните заложби на политиките на сите држави, сè со цел за целосно прифаќање на инклузијата во образованието на сите нивоа.

### 2.3. Цели и задачи на инклузивното образование

Услов за правилна и практична примена на инклузивното образование е остварување на целите и задачите на инклузивното образование пропишана во светски рамки.

➤ Целите на инклузивно образование се:

- 1) поддршка и совети на родителите на децата со посебни образовни потреби;
- 2) усовршување врз основата на попреченоста (кодекс на инклузивна практика);
- 3) промовирање на инклузивно образование;
- 4) партнерска соработка со цел да се запознаат посебните потреби;

➤ Задачи на инклузивното образование:

- Поддршка и совет на родителите на децата со попреченост што ќе овозможи зголемено активно учество на родителите, а со тоа ќе се овозможат повисоки стандарди на децата преку:

- ❖ овозможување висок квалитет на предучилишно образование и најрана детска грижа со вклучување на родителите;
- ❖ охрабрување при најрана идентификација на тешкотиите и соодветна рана интервенција;
- ❖ локалната служба за инклузивно образование треба да развива смирени подготовки за надминување на недоразбирањата;
- ❖ зајакнување на подготовките за вклучување на децата со посебни образовни потреби во инклузивниот процес.

- Усовршување

Врз основата за посебни потреби значи воведување симплифициран кодекс во инклузивната практика, фокусирајќи се на превентивната работа, надминувајќи ги бариерите и промовирајќи ефективна база за поддршка и супервизија во инклузијата:

- ❖ печатење прирачник за инклузивната практика базиран врз кодексот, прописите и критериумите за и работа на процената;
  - ❖ вклучување на локалната служба за поддршка на инклузивното образование и издавање публикација на локалната служба за поддршка што содржи информации за принципите на инклузивното образование, за можностите на финансиска поддршка на локалната служба за инклузивно образование од страна на училишните буџети и перформанси и клучните индикатори за распространување на супервизијата.
- Промовирање на инклузивното образование и развој на улогата на посебните потреби се врши преку:
    - ❖ издавање публикации со информации за прописите на инклузијата и развојните образовни планови на локалната служба за поддршка на децата со посебни потреби;
    - ❖ идентификација и распространување на добра практика од посебните училишта во развивањето на врските со редовните училишта и промовирање на придонесот на посебните училишта за инклузивниот процес;
    - ❖ обезбедување финансиска поддршка, вклучувајќи се до новата социјална инклузија што обезбедува средства од стандардни фондови за поддршка.
- Развивање на знаења и способности на тие што работат со децата со попреченост се врши со:
    - ❖ истакнување на посебните потреби во рамката на обуката на наставниците;
    - ❖ печатење прирачник за добра практика за наставниците;
    - ❖ прецизирање на потребите на воспитувачите и наставниците кои работат со деца со посебни потреби преку индивидуална обука.
- Партнерска соработка, со цел запознавање со попреченоста и да ѝ се овозможи на локална служба за поддршка да соработува со локалните институции, со цел да се зајакне поддршката на децата со попреченост:
    - ❖ развивање на локална координација за прописи за посебните потреби низ целата земја;

- ❖ воведување нови должности за соработка и нови сили, што ќе овозможат пофлексибилни финансиски аранжмани помеѓу службата за здравство и локалната служба;
- ❖ развивање повисок степен на иницијативи за овозможување мерки од службите за рехабилитација (логопедска, сурдолошка, физиотерапија и друго);
- ❖ собирање информации за искуствата на младите луѓе со посебни потреби откако тие ќе ги напуштат училиштата.

#### 2.4. Правни аспекти во насока на инклузијата на деца и ученици со попреченост

Уставот на Република Северна Македонија и општата правна рамка предвидуваат еднакви можности за образование за сите нејзини граѓани, во согласност со меѓународното право и меѓународните конвенции.

Уставот и законите истовремено го гарантираат и правото на образование на сите нивоа, за сите деца и за сите граѓани во државата. Во тој контекст, со *Законот за спречување и заштита од дискриминација од 2010 година*, правно се обезбедуваат спречување и заштита од дискриминацијата и уживање на правата загарантирани со Уставот на Република Северна Македонија, а истовремено се забранува и секаква директна или индиректна дискриминација врз основа на полот, расата, бојата на кожата, родот, припадноста на маргинализирана група, етичката група, јазикот, државјанството, општественото потекло, религиозното убедување, другите верувања, образованието, политичката припадност, личниот или општествениот статус, менталната или телесната заостанатост, возраста, семејниот или брачниот статус, статусот на примањата, здравствената состојба или која било друга основа забранета со закон или со меѓународна повелба.

Меѓународната правна рамка и стандардите во областа на инклузивното образование ги одредуваат:

- Конвенција на правата на лицата со попреченост (КПЛП)
- Конвенција на правата на детето (КПД) и
- Изјавата на УНЕСКО за образование засновано на посебни потреби од Саламанка.

Овие документи тргнуваат од гледиштето дека секое дете има индивидуални потреби. Поради тоа, единствено примената на индивидуализиран пристап во образованието

овозможува максимално да се развијат потенцијалите и да се обезбедат еднакви образовни можности за сите деца.

Индивидуализираниот пристап значи дека воспитно-образовниот систем треба да го приспособува целокупниот процес на настава и учење кон потребите и способностите на секое дете одделно. За да можат рамноправно да земат учество во образовниот процес, децата со попреченост имаат право на индивидуална поддршка.

*Конвенцијата на правата на лицата со попреченост*, која нашата држава ја ратификуваше во 2011 година, во членот 7 ги обврзува државите на сите децата со попреченост да им ги обезбедат сите човекови права „на еднаква основа со сите други деца“.

Правото на образование на лицата со попреченост, опфатено во член 24, ги обврзува државите „да не ги исклучуваат децата со попреченост од образовниот систем“. Државите се должни да обезбедат „разумно приспособување кон индивидуалните потреби и ефикасна индивидуална поддршка“. Наставата треба да се изведува на најсоодветните јазици, начини и средства за комуникација, применувајќи ги Брајовата азбука и знаковниот јазик.

Изјавата од Саламанка пропишува дека децата со попреченост мора да *имаат пристап до редовното образование кое треба да ги задоволи нивните потреби, применувајќи педагошки пристап насочен кон детето*. „Фундаментален принцип на инклузивното образование е дека сите деца треба да учат заедно, секогаш кога е тоа можно, без оглед на тешкотиите и различностите кои би можеле да постојат“.

Во член 23 од *Конвенцијата за правата на детето*, кој е посветен на децата со попреченост, предвидува дека „детето со интелектуална или физичка попреченост треба да ужива полн и достоинствен живот, во услови кои го обезбедуваат неговото достоинство, ја поттикнуваат самостојноста и го олеснуваат активното учество на детето во заедницата“. Истиот член го признава правото на децата со попреченост на „посебна нега и ефикасен пристап до образование, обука, подготвување на што е можно поцелосна интеграција и негов личен развој“.

Клучен документ во областа на предучилишното образование во РСМ е *Законот за заштита на децата*.

Во примена на одредбите од овој закон се тргнува од принципите на заштита на правото на живот и развој на детето.

- Член 54 од законот предвидува дека згрижување и воспитание на деца од предучилишна возраст е облик на заштита на деца кој како дејност се организира за згрижување, престој, нега, исхрана, воспитно-образовни, спортско-рекреативни, културно-забавни активности мерки и активности за подобрување, сочуввање на здравјето и за поттикнување на интелектуалниот, емоционалниот, физичкиот, менталниот и социјалниот развој на детето до шест години живот, односно до вклучување во основното образование.
- Членот 65 е посветен исклучиво на децата со попреченост и во него е определено дека: *Детската градинка организира згрижување и воспитание на деца со пречки во менталниот развој или телесна попреченост, сообразно на видот и степенот на попреченоста.*

При дефинирање на поимите, како деца со пречки во менталниот развој или телесна попреченост, се сметаат слепи и слабовидни деца, глуви и наглуви деца, деца со пречки во говорот, деца со телесна инвалидност, како и деца со тешкотии во однесувањето на личноста на детето (став 2).

Во оваа дефиниција не се прецизирани категориите и тешкотиите во однесувањето на личноста на детето и затоа оставаат можност за различно толкување, односно опфаќаат широка категорија на деца.

- (1) Во став 3 од овој член, згрижувањето и воспитанието на децата со лесна попреченост во интелектуалниот развој и телесна попреченост, кои имаат потреба од приспособено изведување на програмите за предучилишните деца со дополнителна стручна помош или со приспособени програми, се организирани во редовните групи.
  - (2) Додека, пак, според став 4, згрижувањето и воспитанието на децата со умерена попреченост во менталниот развој или телесна попреченост се организира во посебни групи според посебни програми. Овде се наидува во одредба од законот кој нема инклузивен карактер, односно подразбира издвојување на децата со умерена интелектуална попреченост и со телесна попреченост во посебни групи.
- Членот 136 определува дека педагог, специјален едукатор и рехабилитатор, логопед, психолог, социјален работник и здравствени работници се дел од стручните работници и соработници во градинките кои ја остваруваат поддршката на воспитно-згрижувачкиот кадар.

Врз основа на овој закон Министерството за труд и социјална политика има донесено Правилник за стандардите и нормативите за вршење на дејноста на установите за деца.

Во член 18 од овој Правилник се определува дека градинката може (значи не ја обврзува дека мора) да обезбеди просторија за индивидуална работа со деца и просторијата од став (1) на овој член може да се користи за работа на Советувалиште за деца и родители.

## 2.5. Значење на инклузијата во раниот период од развојот

Предучилишното вклучување на децата со попреченост претставува прва алка во системот на воспитание и образование и во исто време значаен сегмент на системот на интегралната рехабилитација. Како составен дел на раниот третман, односно неговиот континуитет во подготовката на децата со попреченост за воспитно-образовен процес, треба да го добие своето место и со нагласена вклученост на овие деца.

Патот што го минува детето во својата преобразба од беспомошно суштество во зрела личност не се одвива рамномерно и линеарно. Промените кои се случуваат во развојот вклучуваат безброј динамични интеракции на континуитет и дисконтинуитет, преиначувања, прогресија и регресија, интеракции помеѓу различните „развојни линии“, при што секое дете има свое „сопствено време“ и свој „специфичен начин на одговор“ на една од тие линии наречени „трансакциски спирали“. (*Копачев и сор., 1997*).

И покрај разликите што постојат меѓу децата со попреченост, значајно е да се истакне дека тие разлики се подложни на менување и коригирање и дека развојот на овие деца се одвива по истите законитости кои важат и за децата со типичен развој, но со значителни задоцнувања. Токму поради тоа, за успешна рехабилитација неопходно е на овие деца да им се обезбеди поинтензивен систем на рехабилитациско-корективно и социјално-педагошко дејствување и обезбедување услови за задоволување на нивните потреби.

Во рамките на инклузивните групи сите деца се подеднакви членови на иста група, тие меѓусебно комуницираат и се во интеракција.

Во инклузивното општество акцентот се става на соработка, а не на натпревар помеѓу индивидуите.

Основните принципи на кои се базира работата со деца со попреченост во детските градинки се:

- (1) сите деца имаат право да учат и да играат заедно;
- (2) децата не треба да бидат потценети и дискриминирани со нивно исклучување од околината заради нивната попреченост;
- (3) не постои ниту една валидна причина поради која децата се поделуваат при нивното образование и немаат потреба да бидат заштитени едни од други;
- (4) Инклузивната предучилишна програма овозможува децата со попреченост да учествуваат во сите секојдневни активности.

Социјалната прифатеност е една од најважните претпоставки за среќен и успешен живот. Социјалните односи со врсниците имаат најголемо влијание на развојот и учењето кај децата, тие се тесно поврзани со успешното приспособување на децата во градинката, а потоа и во училиштето. Раните односи со врсниците се клучни за долгорочна социјална приспособеност во текот на понатамошниот живот.

Очекувањето од инклузијата е значаен и корисен однос помеѓу децата со попреченост и децата со типичен развој.

Прифаќањето е од големо значење за детскиот развој за двете категории на деца, а за децата со попреченост е од огромно значење бидејќи предучилишниот период е период кога детето ги стекнува првите претстави за идентитетот, тоа е период на себеприфаќање и период на интензивен развој на комуникациските способности. Децата учат нови адаптивни вештини, а воедно и учат како да ги користат своите способности по пат на имитација на другите.

Меѓусебната комуникација на децата влијае на подобрување на социјалните вештини социјална интеракција, поттикнување на различни сочувани потенцијали, развојот на говорот и карактерните особини, самопочитување и самостојност. Развој на комуникациски способности (изразување на потреби – вербален, невербален начин), разбирање и задоволување на потребите на другите (врсници и возрасни во рамки на своите способности), постигнување на телесен развој (преку програма за развој на сила, брзина, контрола на движење и конкретни вештини, стекнување навики и социјализација во целина).

Кај децата со типичен развој кои се во инклузивното опкружување се зголемува свесноста за различноста, за развојните тешкотии и посебните потреби на децата кои потешко напредуваат, се градат позитивни ставови кон децата со попреченост, повеќе одговараат на потребите на останатите деца, покажуваат поголема емпатија и прифаќање. Подобро ги разбираат тешкотиите кај своите другарчиња и имаат повеќе идеи за начините



на кои може да им помогнат во задоволувањето на тие потреби во границите на детските можности.

Кај родителите на децата со попреченост се создаваат позитивни искуства од можноста нивното дете да биде вклучено во редовни групи со свои врсници. Се чувствуваат помалку изолирани, се развива соработка и помош помеѓу семејствата, стекнуваат нови вештини на воспитување и поттикнување на развојот на своето дете, учат за индивидуалните разлики, се запознаваат со некои можности на своите деца и можност тие знаења да ги применат во поттикнување на развојот на детето, (дома, меѓу врсниците и подоцна во училиште), континуирано го следат напредокот и постигнувањето на детето и негуваат позитивни цели за иднината на своето дете и семејство.

Кај родителите на децата со типичен развој доаѓа до формирање, развивање и одржување на позитивни ставови за инклузијата на деца со попреченост. Се развива соработка, помош и пријателство со родителите на децата со попреченост, а со тоа и можноста да ги учат своите деца за индивидуалните разлики и прифаќање на различностите.

Кај воспитно-згрижувачкиот кадар во градинките се развива мотивацијата за работа со деца со попреченост, се развиваат позитивни емпатиски ставови кон децата и нивните родители. Се развива чувствителноста и препознавањето на потребите на децата и зголемување на сопствените компетенциите за работа во *инклузивна занимална* преку информирање, континуирана доедукација и соработка со родителите и стручните тимови.

Кај стручниот тим јакне способноста за планирање и реализирање на инклузијата, се развиваат советодавните вештини во работа со родителите, децата, воспитниот персонал и заедницата и се усовршува примената на успешна инклузија на деца со попреченост во градинките.

## 2.6. Состојбата со инклузијата на децата со попреченост во детските градинки во Република Северна Македонија

Во периодот од 2015 до 2017 година, спроведено е истражување од Народниот правобранител, како дел од континуираните напори за следењето на состојбата со инклузијата на децата со попреченост во предучилишните установи, со цел да се обезбедат препораки кои ќе овозможат квалитетен пристап и престој за сите деца во детските градинки. (*Народен правобранител на Република Македонија, 2018*).

Општа констатација, која произлегува од спроведеното истражување, е дека предучилишното образование сè уште не ги нуди потребните услови и можности за прием и оптимален развој на секое дете.

Имено, добиените податоци посочуваат на делумно почитување на воспоставените стандарди за:

- Опфатеноста на децата во предучилишното образование не е задоволителна и системот има ограничени можности за опфаќање на децата со попреченост.
- Бројност на децата во групите, соодветни просторни услови и опременост на градинките. Има градинки кои се изградени на целосно непристапни места, а во руралните средини има недостаток на градинки.
- Сè уште се присутни стереотипните сфаќања и предрасуди во однос на инклузијата на деца со попреченост што се надоврзува на констатациите од истражувањата за вклученоста на учениците со попреченост во основните и средните училишта. Како една од причините на таквата состојба е од системска природа. Доцнењето со раната интервенција, како значајна компонента од ланецот на услуги кои се потребни на децата со попреченост, понатаму влијае на доцната процена и идентификација, на што се надоврзува и недоследната примена на законската обврска за доставување на оцена и процена при уписот на децата со попреченост во детската градинка (матичните лекари-педијатри, при пополнување на апликацијата за упис со нивна белешка, поднесуваат документација која не ја отсликува реалната состојба на децата).
- Долгите листи на чекање го одолговлекуваат приемот во градинка, при што се пропушта раниот периодот кој е најважен за оптимален развој на детето. Постои непропорционалност помеѓу капацитетот за прием на деца и реалните потреби на децата и семејствата за упис во градинка, а недостига и поголема поддршка од локалната самоуправа во овој дел, како и поддршка за инклузија од рана возраст.
- Постои тешкотија со издвојување на финансиски средства за креирање и уредување „градинки по мерка на детето“.

Од аспект на воспитно-згрижувачкиот кадар и стручните тимови:

Постои недостаток на кадар, отсуство или некомплетни стручни служби како и потреба од проширување на знаењата и вештините на кадарот во однос на сфаќањето на концептот на попреченост и работата со деца од оваа категорија.

Воспитувачите имаат тешкотии во работата со децата со попреченост, во делот на процената, евиденцијата, следењето на напредокот како и во делот на изработка на индивидуален образовен план за работа. Некои сеуште не ја прифаќаат улогата на клучни носители на инклузијата на децата со попреченост во групите и сметаат дека децата со попреченост се одговорност на специјалниот едукатор.

Стручните тимови најчесто се некомплетни, односно постои недостаток на стручни служби во дел од градинките. Онаму каде што ги има не се доволни за да обезбедат континуирана поддршка на воспитувачите, да ги задоволат нормативите за работа со децата со попреченост и да им излезат во пресрет на нивните реални потреби.

Генерално е забележано многу слабо учество на родителите во процесите кои претпочитаат нивно активно учество како партнери во процената на способности, можности и потреби, креирање на ИОП и приспособување на средината и ресурсите (многу често родителите се недостапни за соработка. Тоа делумно се должи и на нивното неприфаќање на различноста на нивните деца и едноставно избегнување на моментот на соочување со стручната служба и тимот).

Исто така, постои ниско ниво на свесност за потребите од предучилишно воспитание и образование за децата меѓу родителите од руралните средини. Родителите на децата со попреченост не се доволно информирани да ја препознаат и соодветно да реагираат на потребата на своето дете. Кај нив постојат предрасуди, но и страв од колективна одбивност и неприфаќање на нивните деца во средината.

Сето ова доведува до пропуштање на оптималниот период на развој на функции и способности. Позитивно е тоа што градинките можат да нудат услуги кои ги нема на локално ниво, а се особено значајни за децата со попреченост и нивните семејства.

Раната интервенција може да се спроведува во рамките на градинките, од страна на стручните тимови (онаму каде што се комплетни) и за децата со попреченост кои сè уште не се вклучени во градинка исто така и работата на Советувалиштата за родители е значајна на локално ниво, а може да се спроведува од градинките поради отсуство на сервисни служби за нивна поддршка. Недостигаат механизми за размена на искуства и соработка на различни нивоа.

Соработката помеѓу градинките со училиштата за транзицијата на децата со попреченост е сведена на индивидуален интерес и користење на лични контакти во обезбедување информации кои се важни и кои го вклучуваат развојното досие на детето.

## II МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

### 1. Предмет на истражување

Предметот на ова истражување е поврзано со влијанието што родителите со нивното однесувањата го имаат врз развојните исходи на нивните деца. Однесувањата на родителите кон своите деца ќе бидат проценувани во четири области:

- Емоции (афекција);
- Респонсивност;
- Охрабрување;
- Подучување.

### 2. Цел на истражување

Главната цел на ова истражување е да се увиди дали конкретните однесувања на родителите (поконкретно покажувањето на топлина, физичка блискост, позитивни експресији кон детето, потоа одговарањето кон знаците, емоциите, зборовите, интересите и однесувањата на детето, активна поддршка на истражувањето, вложениот напор, вештините, иницијативата, љубопитноста, креативноста и играта и секако споделување на конверзација и игра, когнитивна стимулација, објаснувања и прашања) како и фреквенцијата на тие однесувања имаат удел во побрзо постигнување на развојните милјеа (развојните пресвртници). Покрај главната цел, од ова истражување произлегуваат и две дополнителни, специфични цели на истражување:

- да се процени дали дел од тие родителски интеракции (однесувања) можат да бидат предиктивни за понатамошниот емоционален, когнитивен и физички развој на децата со тешкотии во развојот;
- да се дефинираат препораки, насоки и сугестии за подобрување на родителските интеракции со своите деца со тешкотии во развојот.

### 3. Задачи на истражување

Од предметот на истражување и целите на истражување, а во согласност со варијаблите дефинирани подолу, беа определени следните задачи на истражување:

- да се процени нивото на развој на децата од предучилишна возраст со користење на ASQ 3 прашалникот;
- да се утврди дали постојат разлики во родителското однесување меѓу родителите на деца со и без тешкотии во развојот;
- да се увиди дали полот на родителите влијае врз квалитетот на нивните интеракции со децата со тешкотии во развојот;
- да се увиди дали возраста на родителите влијае врз квалитетот на нивните интеракции со децата со тешкотии во развојот;
- да се увиди дали видот на тешкотијата на децата влијае врз начинот на однесување од нивните родители.

### 4. Хипотези на истражување

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

*H<sub>0</sub> – Не постојат разлики во однесувањата и интеракциите меѓу родителите на деца без и со тешкотии во развојот.*

Согласно со поставените задачи на истражувањето се формулираат следните хипотези:

*H<sub>1</sub> – Некои демографски особености кај мајката (степен на образование) и кај детето (пол, развоен статус) би можеле да бидат поврзани со разлики во квалитетот на интеракциите на мајката со детето.*

*H<sub>2</sub> – Некои демографски особености кај таткото (степен на образование) и кај детето (пол, развоен статус) би можеле да бидат поврзани со разлики во квалитетот на интеракциите на таткото со детето.*

*H<sub>3</sub> – Родителите од двата пола меѓусебно се разликуваат во квалитетот на интеракциите со детето.*

*H<sub>4</sub> – Постои тенденција на ускладеност меѓу двајцата родители во поглед на квалитетот на интеракциите со детето.*

*X<sub>5</sub> – Постои поврзаност на развојните варијабли (груба и фина моторика, когниција, говор, социо-емоционален развој, грижа за себе) кај ДПР (деца со тешкотии во развојот) со квалитетот на интеракциите на мајката кон нив.*

*X<sub>6</sub>– Постои поврзаност на развојните варијабли (груба и фина моторика, когниција, говор, социо-емоционален развој, грижа за себе) кај ДПР (деца со пречки во развојот) со квалитетот на интеракциите на таткото кон нив.*

## 5. Варијабли на истражување

### НЕЗАВИСНИ ВАРИЈАБЛИ:

#### 1) Демографски варијабли

- (а) пол на родителот
- (б) степен на образование на родителот
- (в) пол на детето
- (г) развоен статус (ДТР или ДПР) на детето

#### 2) Развојни варијабли (ДПР)

- (а) статус на груба моторика
- (б) статус на фина моторика
- (в) когнитивен статус
- (г) статус на говорот
- (д) социо-емоционален статус
- (ѓ) статус на грижа за себе

## ЗАВИСНИ (КРИТЕРИУМСКИ) ВАРИЈАБЛИ:

3) Интеракции на МАЈКАТА со детето во однос на:

(а) афекција

(б) респонзивност

(в) охрабрување

(г) подучување

4) Интеракции на ТАТКОТО со детето во однос на:

(а) афекција

(б) респонзивност

(в) охрабрување

(г) подучување

## 6. Методи, техники и инструменти на истражување

Во оваа истражување беше користен дескриптивен метод, кој претставува постапка или метод на едноставно опишување, прикажување, оцртување или давање опис на фактите, процесите, појавите, предметите во природата и општеството, но без научно толкување и објаснување.

Техниката која се употребуваше за оваа истражување се применуваше во почетната фаза на истражувањето, но истата има поголема вредност ако едноставното опишување е поврзано со објаснување на важните факти, предмети, појави, процеси, законитости и причинските врски и односи. Прашањата на опишувањето и објаснувањето се проследени и со низа постапки и инструменти. Беа користени следните постапки: систематското набљудување, интервјуирање, писмено истражување и анализа.

Како инструмент на ова истражување беше користена чек-листата PICCOLO (Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes) со која се испитуваат интеракции на родители со деца. Чек-листата за опсервации е поврзана со исходи и таа опфаќа четири области на однесување на родителите: емоции (афекција), респонсивност, охрабрување и подучување. Дополнително, за определување кај кои деца се јавува заостанување во развојот, ќе се употреби скалата на процена (односно скрининг) ASQ 3.

## 7. Опис на примерокот и временска рамка на спроведување на истражување

Примерокот опфати 48 деца од предучилишна возраст, од 3 – 5,5/6 години, кои ги посетуваат предучилишните установи во општината Кисела Вода. Децата беа избрани по случаен избор. На сите деца беше спроведен ASQ тестот со цел да се утврдат развојните отстапувања. На нивните родители/старатели беше спроведена чек-листата ПИКОЛО со цел утврдување на родителските однесувања и интеракции. Оваа чек-листа беше спроведена на 90 родители.

Истражувањето (теренскиот дел и анализата на добиените податоци) се спроведе во периодот од 1. 2. 2023 до 30. 4. 2023 година.

## 8. Анализа на податоците

Податоците статистички беа обработени во софтверскиот програм **SPSS** (*IBM SPSS Statistic version 21*) и беа анализирани со низа статистички постапки. Беше употребена дескриптивна статистика. Сировите податоци беа внесени во програмата SPSS, додека за утврдување на статистичката значајност се употреби постапката на хи-квадрат, а за утврдување на значајноста на разликите беше користен т-тестот. Тоа е постапка со која се пресметува разликата помеѓу две варијабли за еден ист случај. Со оглед на интервалната природа на најголемиот дел на варијаблите во статистичката матрица се пристапи кон инференцијална анализа со сукцесивно статистичко тестирање на истражувачките хипотези. Со оглед на интервалната природа на дел од варијаблите беше користена линеарна корелација *Pearson-ов коефициент на корелација*.



### III. ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

#### ХИПОТЕЗИ

##### ИСТРАЖУВАЧКА ХИПОТЕЗА 1:

*Некои демографски особености кај мајката (степен на образование) и кај детето (пол, развоен статус) би можеле да бидат поврзани со разлики во квалитетот на интеракциите на мајката со детето. Помошни хипотези:*

*Хипотеза 1.1:* Мајките со различен степен на образование се разликуваат во квалитетот на интеракциите со детето.

*Хипотеза 1.2:* Постојат разлики во квалитетот на интеракциите на мајката кон ќерките и кон синовите.

*Хипотеза 1.3:* Постојат разлики во квалитетот на интеракциите на мајката кон децата со пречки во развојот (ДПР) во споредба со децата со типичен развој (ДТР).

##### ИСТРАЖУВАЧКА ХИПОТЕЗА 2:

*Некои демографски особености кај таткото (степен на образование) и кај детето (пол, развоен статус) би можеле да бидат поврзани со разлики во квалитетот на интеракциите на таткото со детето. Помошни хипотези:*

*Хипотеза 2.1:* Татковците со различен степен на образование се разликуваат во квалитетот на интеракциите со детето.

*Хипотеза 2.2:* Постојат разлики во квалитетот на интеракциите на таткото кон ќерките и кон синовите.

*Хипотеза 2.3:* Постојат разлики во квалитетот на интеракциите на таткото кон децата со пречки во развојот (ДПР) во споредба со децата со типичен развој (ДТР).

##### ИСТРАЖУВАЧКА ХИПОТЕЗА 3:

*Родителите од двата пола меѓусебно се разликуваат во квалитетот на интеракциите со детето. Помошни хипотези:*

*Хипотеза 3.1:* Родителите од двата пола меѓусебно се разликуваат во квалитетот на интеракциите со децата со пречки во развојот.

*Хипотеза 3.2:* Родителите од двата пола меѓусебно се разликуваат во квалитетот на интеракциите со децата со типичен развој.

#### **ИСТРАЖУВАЧКА ХИПОТЕЗА 4:**

*Постои тенденција на ускладеност меѓу двајцата родители во поглед на квалитетот на интеракциите со детето.* Помошни хипотези:

*Хипотеза 4.1:* Постои тенденција на ускладеност меѓу двајцата родители во поглед на квалитетот на интеракциите кон дете со пречки во развојот (ДПР).

*Хипотеза 4.2:* Постои тенденција на ускладеност меѓу двајцата родители во поглед на квалитетот на интеракциите кон дете со типичен развој (ДТР).

#### **ИСТРАЖУВАЧКА ХИПОТЕЗА 5:**

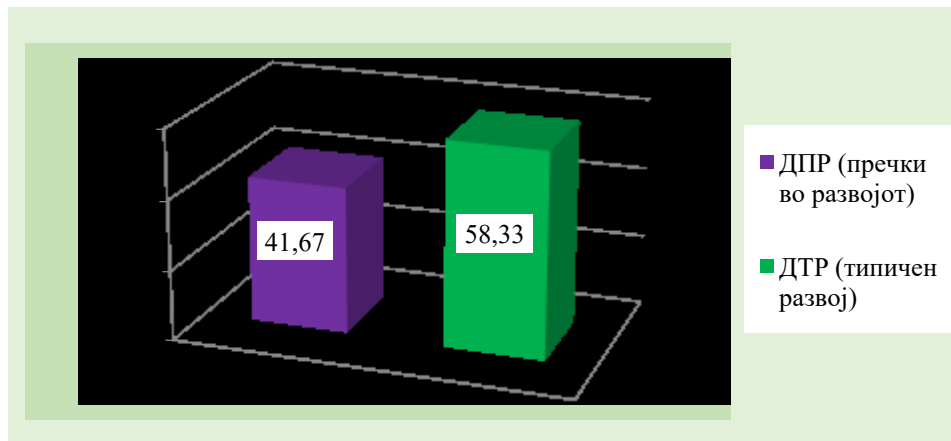
*Постои поврзаност на развојните варијабли (груба и фина моторика, когниција, говор, социо-емоционален развој, грижа за себе) кај ДПР (деца со пречки во развојот) со квалитетот на интеракциите на мајката кон нив.*

#### **ИСТРАЖУВАЧКА ХИПОТЕЗА 6:**

*Постои поврзаност на развојните варијабли (груба и фина моторика, когниција, говор, социо-емоционален развој, грижа за себе) кај ДПР (деца со пречки во развојот) со квалитетот на интеракциите на таткото кон нив.*

### **ПРИМЕРОК**

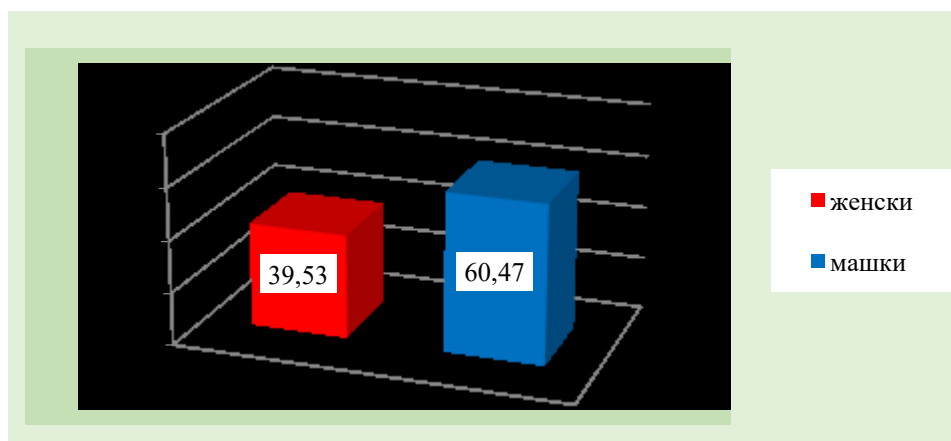
Примерокот во ова истражување го сочинуваат вкупно 48 деца од предучилишна возраст, од кои според развојниот статус (Приказ А) нешто помалку од половината (20 деца) се со тешкотии-попеченост во развојот (ДПР), додека останатите (28 деца) се со типичен развој (ДТР).



### Приказ А

*Анализа на примерокот: здравствен статус на испитаните деца (проценти)*

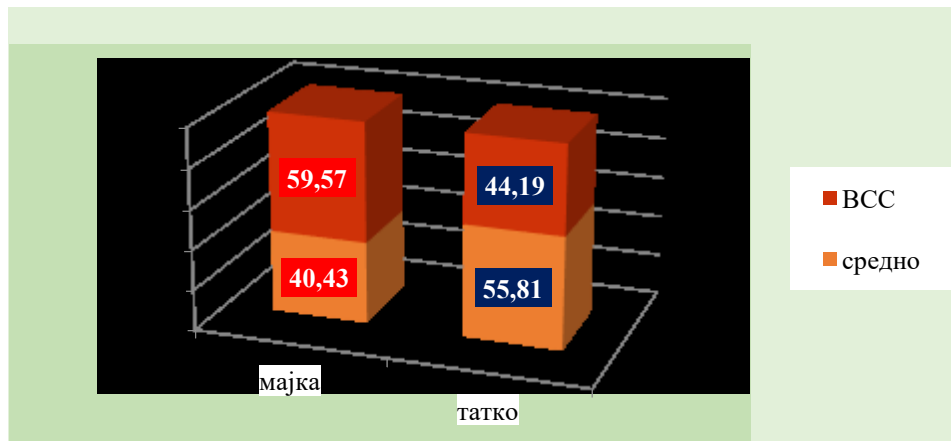
Половата структура на испитаните деца е дадена во наредниот Приказ Б, од кој може да се види дека во овој примерок преовладуваат машки деца (60,47%) наспроти девојчиња (39,53%).



### Приказ А

*Анализа на примерокот: полова структура на испитаните деца (проценти)*

Индириктно, дел од примерокот во ова истражување се и родителите на испитаните деца. Вкупно на број се 90 (нешто помалку од максималниот можен број  $2 \times 48 = 96$ , со оглед на тоа што 6 од испитаните деца доаѓаат од семејства со еден родител). Потенцијално интересен параметар за предметот на истражувањето (кооптиран во методолошката скица како независна демографска варијабла) е степенот на образование на родителите, овде комбиниран со полот на родителот и презентираан во Приказ В. Како што може да се види, мајките како група имаат во просек поквалитетна образовна структура.



**Приказ В**

*Анализа на примерокот: степен на образование на родителите (проценти)*

## РЕЗУЛТАТИ: ИНФЕРЕНЦИЈАЛНА АНАЛИЗА

Со оглед на интервалната природа на најголемиот дел од варијаблите во статистичката матрица, има малку причини за подетална дескриптивна анализа на податоците, па поради тоа директно ќе биде пристапено кон инференцијална анализа со сукцесивно статистичко тестирање на истражувачките хипотези, според воспоставениот редослед зацртан во методолошката разработка.

### - ДЕМОГРАФСКИ ОСОБИНИ (ДЕТЕ, МАЈКА) И ИНТЕРАКЦИИТЕ НА МАЈКАТА СО ДЕТЕТО

Почетниот сегмент од статистичките анализи се однесува на подрачјето покриено со истражувачката Хипотеза 1, со помошните хипотези 1.1, 1.2 и 1.3.

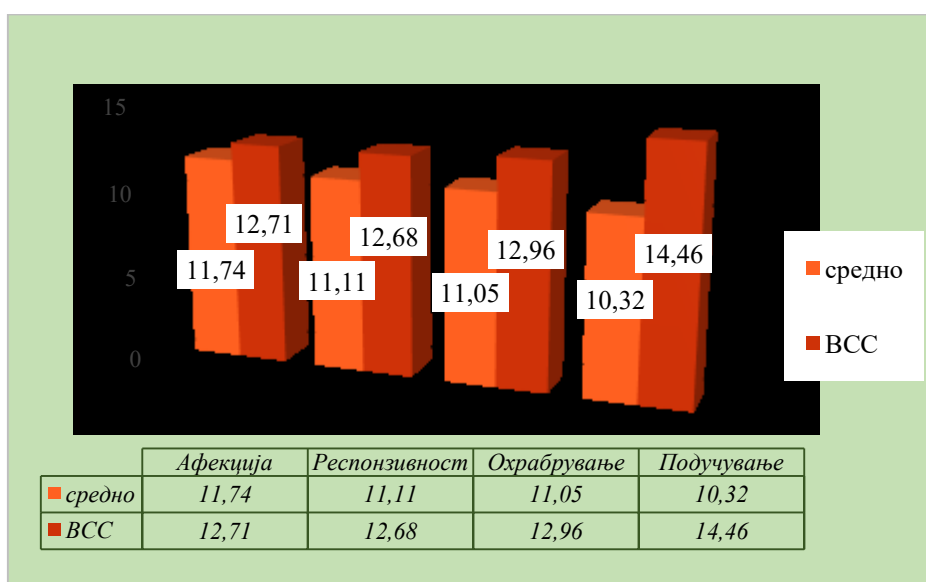
Ќе започнеме со тестирање на *помошната хипотеза 1.1, која постулира разлики во квалитетот на интеракциите на мајката со детето (земени како мерки на Пиколо инструментот за опсервација) во зависност од степенот на нејзиното образование.* Со оглед на интервалната природа на критериумската варијабла (мерки на Пиколо), природна статистичка алатка за вкрстување со податоците за образованието ќе биде т-тестот за независни примероци. Прелиминарните дескриптивни податоци се дадени во наредната Табела 1.1а, со визуелна поткрепа во форма на соодветниот графички Приказ 1.1а. *Како што може да се види, мајките со BCC степен на образование на сите четири форми на*

интеракција скорираат повисоко во споредба со мајките со средно образование, при што разликата е најексплицитна кај Подучувањето.

**Табела 1.1а**

Мајки: Степен на образование и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)

Descriptives					
1) средно					
2) VSS					
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
majka_PICCOLO_Affection	средно	19	11.74	3.229	.741
	VSS	28	12.71	2.522	.477
majka_PICCOLO_Responsiveness	средно	19	11.11	2.826	.648
	VSS	28	12.68	2.245	.424
majka_PICCOLO_Encouragement	средно	19	11.05	3.064	.703
	VSS	28	12.96	1.934	.365
majka_PICCOLO_Teaching	средно	19	10.32	3.830	.879
	VSS	28	14.46	2.899	.548



**Приказ 1.1а**

Мајки: Степен на образование и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)

Статистичкото тестирање на значајноста на посочените разлики преку т-тестот ќе покаже дали овие разлики се доволно изразени за статистичка потврда на значајноста, или пак ќе бидат третирани како резултат на случајност. Пресметката на т-тестот е презентирана во наредната Табела 1.1б, и покажува дека на три од четирите форми на опсервирана интеракција на мајката се евидентирани статистички сигнификантно повисоки просечни скорови кај мајките во оформено високо образование. Поконкретно, се работи за Респонзивноста ( $t=-2,122$ ,  $df=45$ ,  $p<0,05$ ), Охрабрувањето ( $t=-2,413$ ,  $df=27,70$ ,  $p<0,05$ ), и

Подучувањето ( $t=-4,006$ ,  $df=31,54$ ,  $p<0,01$ ). Статистички не е потврдена установената разлика кај Афекцијата.

**Табела 1.16**

*T-тест за независни примероци (мајки): Степен на образование и интеракции (Пиколо протокол)*

	Levene's Test		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95% Conf. Int.	
								Lower	Upper
<i>majka_PICC_Affection</i>	2.268	.139	-1.164	45	.251	-.977	.840	-2.669	.714
<i>majka_PICC_Responsiveness</i>	.539	.467	<b>-2.122</b>	45	<b>.039*</b>	-1.573	.741	-3.066	-.080
<i>majka_PICC_Encouragement</i>	8.344	.006	<b>-2.413</b>	27.698	<b>.023*</b>	-1.912	.792	-3.535	-.288
<i>majka_PICC_Teaching</i>	4.949	.031	<b>-4.006</b>	31.538	<b>.000**</b>	-4.148	1.036	-6.259	-2.038

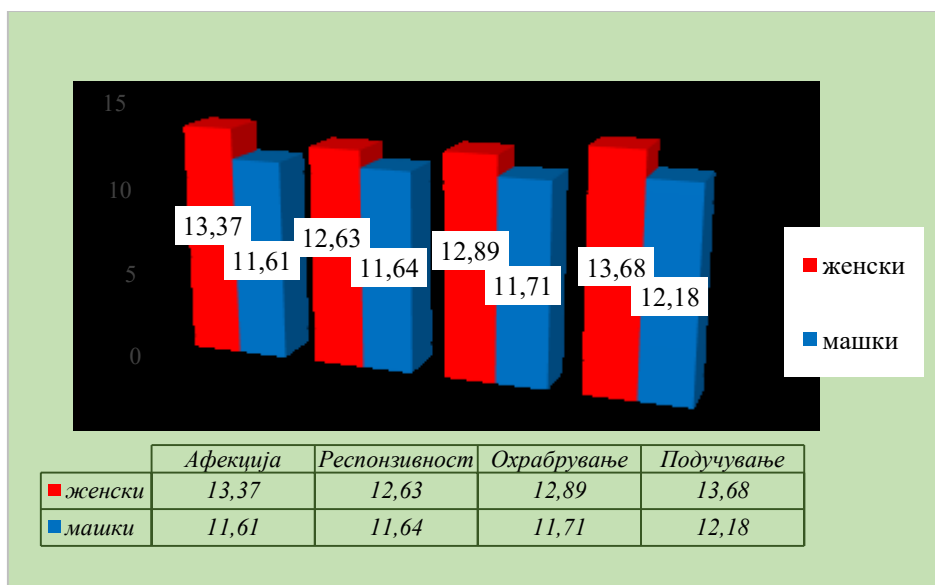
Ваквиот наод нуди мошне солидна основа за целосно прифаќање на помошната хипотеза 1.1: Има основа за претпоставката дека меѓу мајките со различен степен на образование би можело да има разлики во квалитетот на интеракциите со детето, во насока на поблиски и поконструктивни интеракциски обрасци кај подобро образуваните мајки.

На ред е тестирањето на помошната хипотеза 1.2, која постулира разлики во квалитетот на мајчините интеракции со ќerkите и со синовите. Прелиминарните дескриптивни податоци се дадени во наредната Табела 1.2а, со визуелна поткрепа во форма на соодветниот графички Приказ 1.2а. Се забележува дека на сите четири форми на интеракција повисоко скорираат мајките на испитаните девојчиња, при што разликата е најексплицитна кај Афекцијата.

**Табела 1.2а**

*Мајки: Пол на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

	Descriptives				
	1) ženski	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	2) maški				
<i>majka_PICCOLO_Affection</i>	ženski	19	13.37	1.065	.244
	maški	28	11.61	3.414	.645
<i>majka_PICCOLO_Responsiveness</i>	ženski	19	12.63	2.006	.460
	maški	28	11.64	2.883	.545
<i>majka_PICCOLO_Encouragement</i>	ženski	19	12.89	2.105	.483
	maški	28	11.71	2.827	.534
<i>majka_PICCOLO_Teaching</i>	ženski	19	13.68	3.163	.726
	maški	28	12.18	4.217	.797



**Приказ 1.2а**

*Мајки: Пол на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

Статистичкото тестирање на значајноста на посочените разлики преку т-тестот е презентирано во наредната Табела 1.2б, која покажува дека *статистички сигнификантно повисок просек кај мајките на девојчињата е потврден само на една од четирите форми на опсервирана интеракција: се работи за Афекцијата ( $t=2,553$ ,  $df=34,25$   $p<0,05$ ). Не се потврдени за значајни евидентираниите разлики во квалитетот на интеракциите Респонзивност, Охрабрување и Подучување.*

**Табела 1.2б**

*Т-тест за независни примероци (мајки): Пол на детето и интеракции (Пиколо протокол)*

	Levene's Test		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95% Conf. Int.	
								Lower	Upper
<i>majka_PICC_Affection</i>	19.773	.000	<b>2.553</b>	34.245	<b>.015*</b>	1.761	.690	.360	3.163
<i>majka_PICC_Responsiveness</i>	1.189	.281	1.295	45	.202	.989	.763	-.549	2.526
<i>majka_PICC_Encouragement</i>	3.577	.065	1.550	45	.128	1.180	.762	-.354	2.715
<i>majka_PICC_Teaching</i>	2.299	.136	1.322	45	.193	1.506	1.138	-.787	3.799

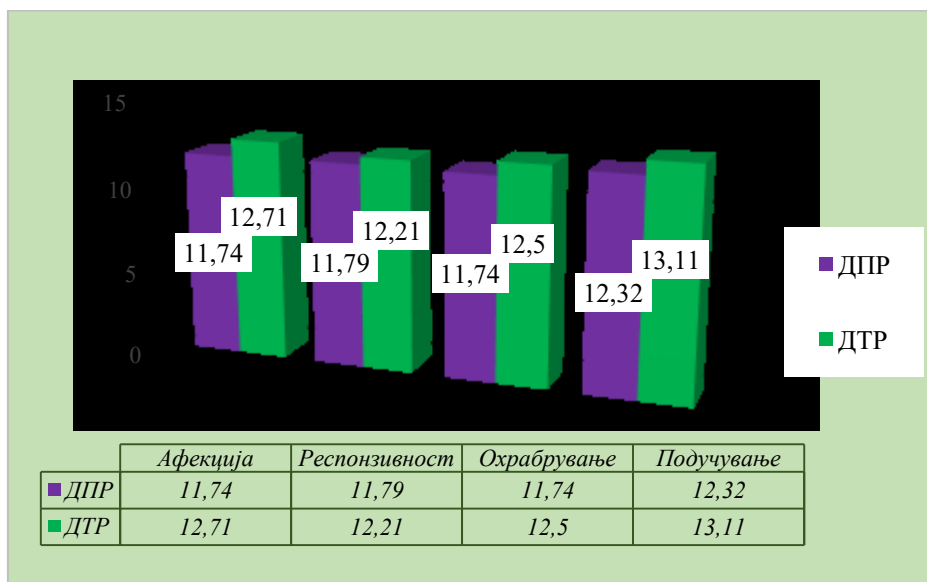
Овој наод нуди минимална основа за делумно прифаќање на помошната хипотеза 1.2, во делот за Афекцијата како една од тестираните интеракции: *Постои одредена можност за некои разлики во квалитетот на интеракциите од страна на мајките кон децата од различен пол (во насока на поизразена Афекција кон ќерките).*

Следи тестирање на истражувачката хипотеза 1.3, која ги покрива можните разлики во квалитетот на интеракциите на мајките кон деца со различен развоен статус (тешкотии во развојот т.е. ДПР наспроти типичен развој т.е. ДТР). Прелиминарните дескриптивни податоци се презентирани во наредната Табела 1.3а и соодветниот графички Приказ 1.3а, а на нив се забележува дека на сите четири форми на интеракција во просек повисоко скорираат мајките на децата со типичен развој (ДТР), но разликите изгледаат доста мали.

**Табела 1.3а**

Мајки: Развоен статус на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)

Descriptives					
	1) DPR	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	2) DTR				
majka_PICCOLO_Affection	DPR	19	11.74	3.212	.737
	DTR	28	12.71	2.537	.479
majka_PICCOLO_Responsiveness	DPR	19	11.79	2.992	.686
	DTR	28	12.21	2.315	.438
majka_PICCOLO_Encouragement	DPR	19	11.74	2.941	.675
	DTR	28	12.50	2.349	.444
majka_PICCOLO_Teaching	DPR	19	12.32	3.816	.875
	DTR	28	13.11	3.928	.742



**Приказ 1.3а**

Мајки: Развоен статус на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)



Статистичкото тестирање на значајноста на посочените разлики преку т-тест презентирано во наредната Табела 1.3б не нуди верификација на значајност на споменатите разлики кај ниту една форма на интеракција од мајката мерена во Пиколо протоколот, па истите формално можат да се третираат како резултат на случајност.

**Табела 1.3б**

*Т-тест за независни примероци (мајки): Развоен статус на детето и интеракции (Пиколо протокол)*

	Levene's Test		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95% Conf. Int. Lower	Upper
<i>majka_PICC_Affection</i>	2.254	.140	-1.164	45	.251	-.977	.840	-2.669	.714
<i>majka_PICC_Responsiveness</i>	.361	.551	-.548	45	.586	-.425	.775	-1.986	1.136
<i>majka_PICC_Encouragement</i>	1.676	.202	-.987	45	.329	-.763	.773	-2.321	.795
<i>majka_PICC_Teaching</i>	.167	.685	-.686	45	.497	-.791	1.154	-3.116	1.534

Ваквиот наод не дава основа за прифаќање на помошната хипотеза 1.3: *Нема докази за разлики во квалитетот на интеракциите од страна на мајката во врска со развојниот статус на детето (ДПР наспроти ДТР). Сепак, униформната насока на измерените разлики (мајките на ДПР постојано скорираат пониско, низ целиот Пиколо протокол), дури и кога тие разлики се недоволно проминентни за формална статистичка потврда, оставаат простор за дискусија како овие релации би изгледале во поинакви услови (помасивен примерок испитаници, поинаква културна средина итн.).*

Во целина, презентираните наоди и произлезениот статус на трите помошни хипотези (1.1, 1.2 и 1.3) даваат *одредена основа за делумно прифаќање на истражувачката Хипотеза 1: Одредени демографски особености кај мајката и кај детето би можеле да бидат поврзани со разлики во квалитетот на некои интеракции на мајката со детето, опсервирани во Пиколо протоколот.*

- ДЕМОГРАФСКИ ОСОБИНИ (ДЕТЕ, ТАТКО) И ИНТЕРАКЦИИТЕ НА ТАТКОТО СО ДЕТЕТО

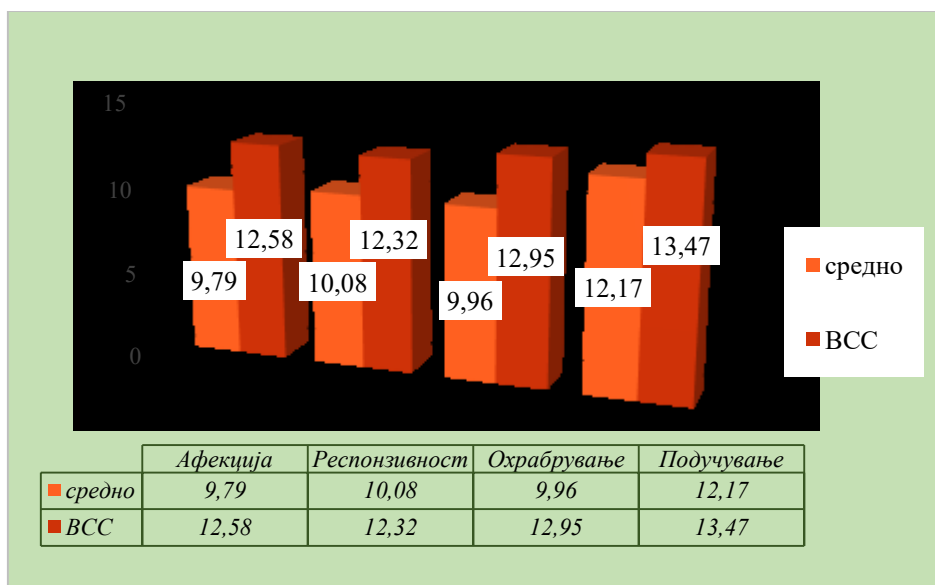
Во овој сегмент од статистичките анализи предмет на интерес ќе биде подрачјето покриено со истражувачката Хипотеза 2, со соодветните помошни хипотези 2.1, 2.2 и 2.3.

Помошната хипотеза 2.1 постулира разлики во квалитетот на интеракциите на таткото со детето (земени како мерки на Пиколо инструментот за опсервација) во зависност од степенот на неговото образование. И во овој сегмент од анализите како статистичка алатка за вкрстување со податоците за образованието на таткото ќе биде користен т-тестот за независни примероци. Прелиминарните дескриптивни податоци се дадени во наредната Табела 2.1а, со визуелна поткрепа во форма на соодветниот графички Приказ 2.1а. Како што може да се види, татковците со оформен ВСС степен на образование на сите четири форми на интеракција скорираат забележливо повисоко во споредба со оние со средно образование, при што разликите изгледаат доста високи, со релативен исклучок на интеракцијата на Подучување (инверзна ситуација во споредба со претходната анализа кај мајките – кај нив разликата напротив беше најголема токму кај интеракцијата на Подучување).

**Табела 2.1а**

*Татковци: Степен на образование и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

<b>Descriptives</b>					
	1) <i>sredno</i>				
	2) <i>VSS</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
<i>tatko_PICCOLO_Affection</i>	<i>sredno</i>	24	9.79	3.551	.725
	<i>VSS</i>	19	12.58	2.795	.641
<i>tatko_PICCOLO_Responsiveness</i>	<i>sredno</i>	24	10.08	3.063	.625
	<i>VSS</i>	19	12.32	2.382	.546
<i>tatko_PICCOLO_Encouragement</i>	<i>sredno</i>	24	9.96	3.544	.724
	<i>VSS</i>	19	12.95	2.272	.521
<i>tatko_PICCOLO_Teaching</i>	<i>sredno</i>	24	12.17	10.977	2.241
	<i>VSS</i>	19	13.47	4.128	.947



**Приказ 2.1а**

**Татковци: Степен на образование и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)**

Статистичкото тестирање на значајноста на посочените разлики преку т-тестот ќе покаже дали овие разлики се доволно изразени за статистичка потврда на значајноста, или пак ќе бидат третираны како резултат на случајност. Пресметката со т-тест за независни примероци е презентирана во наредната Табела 2.1б, и покажува дека, слично како при претходната анализа кај мајките, *на три од четирите форми на опсервирана интеракција (од страна на татковците) во Пиколо протоколот евидентирани се статистички сигнификантно повисоки просечни скорови кај татковците во оформено високо образование. Поконкретно, се работи за Афекцијата ( $t=-2,801$ ,  $df=41$ ,  $p<0,01$ ), Респонзивноста ( $t=-2,611$ ,  $df=41$ ,  $p<0,05$ ), и Охрабрувањето ( $t=-3,352$ ,  $df=39,48$ ,  $p<0,01$ ). Статистички не е потврдена за сигнификантна единствено установената разлика кај интеракцијата на Подучување.*

**Табела 2.1б**

*Т-тест за независни примероци (татковци): Степен на образование и интеракции (Пиколо протокол)*

	Levene's Test		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95% Conf. Int. Lower	Upper
<i>tatko_PICC_Affection</i>	1.891	.177	<b>-2.801</b>	41	<b>.008**</b>	-2.787	.995	-4.797	-.778
<i>tatko_PICC_Responsiveness</i>	.203	.655	<b>-2.611</b>	41	<b>.013*</b>	-2.232	.855	-3.959	-.505
<i>tatko_PICC_Encouragement</i>	6.939	.012	<b>-3.352</b>	39.483	<b>.002**</b>	-2.989	.892	-4.792	-1.186
<i>tatko_PICC_Teaching</i>	.812	.373	-.491	41	.626	-1.307	2.661	-6.680	4.066

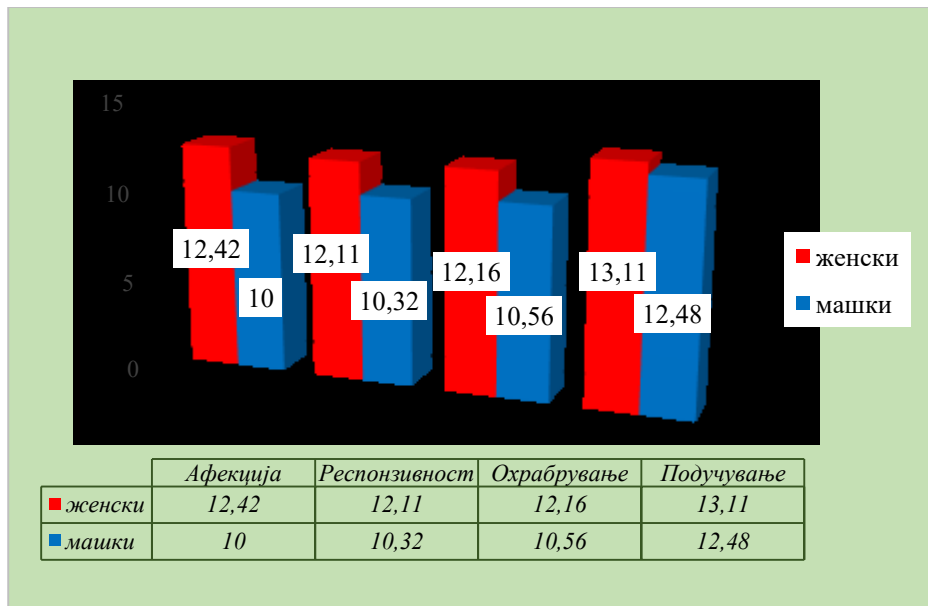
Презентираниот наод нуди здрава основа за целосно прифаќање на помошната хипотеза 2.1: Има основа за претпоставката дека меѓу татковците со различен степен на образование би можело да се јават разлики во квалитетот на интеракциите со детето, во насока на поблиски и поконструктивни интеракциски обрасци кај подобро образуваните татковци.

На ред е тестирањето на помошната хипотеза 2.2, која постулира разлики во квалитетот кај интеракциите на татковците со ќерките и соодветните интеракции со синовите. Прелиминарните дескриптивни податоци се дадени во наредната Табела 2.2а, со визуелна поткрепа во форма на соодветниот графички Приказ 2.2а. Идентично на претходната анализа со мајките, и овде се забележува дека на сите четири форми на интеракција повисоко скорираат татковците на испитаните девојчиња, при што разликата – идентично како кај мајките – како најпроминентна се појавува кај интеракцијата на Афекција.

**Табела 2.2а**

*Татковци: Пол на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

<b>Descriptives</b>					
	1) ženski 2) maški	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tatko_PICCOLO_Affection	zenski	19	12.42	2.036	.467
	maski	25	10.00	3.958	.792
tatko_PICCOLO_Responsiveness	zenski	19	12.11	2.401	.551
	maski	25	10.32	3.119	.624
tatko_PICCOLO_Encouragement	zenski	19	12.16	2.693	.618
	maski	25	10.56	3.652	.730
tatko_PICCOLO_Teaching	zenski	19	13.11	4.067	.933
	maski	25	12.48	10.790	2.158



**Приказ 2.2а**

**Татковци: Пол на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)**

Статистичкото тестирање на значајноста на посочените разлики преку т-тестот е презентирано во наредната Табела 2.2б, и покажува дека *статистички сигнификантно повисок просек кај мајките на девојчињата е потврден на две од четирите форми на опсервирана интеракција: се работи за Афекцијата ( $t=2,634$ ,  $df=37,55$   $p<0,05$ ) и Респонзивноста ( $t=2,070$ ,  $df=42$ ,  $p<0,05$ ). Не се потврдени за значајни разликите на интеракциите Охрабрување и Подучување.*

**Табела 2.2б**

*Т-тест за независни примероци (татковци): Пол на детето и интеракции (Пиколо протокол)*

	Independent Samples Test								
	Levene's Test		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95% Conf. Int. Lower	Upper
<i>tatko_PICC_Affection</i>	13.586	.001	<b>2.634</b>	37.553	<b>.012*</b>	2.421	.919	.560	4.283
<i>tatko_PICC_Responsiveness</i>	.228	.635	<b>2.070</b>	42	<b>.045*</b>	1.785	.862	.045	3.526
<i>tatko_PICC_Encouragement</i>	2.226	.143	1.603	42	.116	1.598	.997	-.414	3.610
<i>tatko_PICC_Teaching</i>	1.427	.239	.239	42	.812	.625	2.611	-4.645	5.895

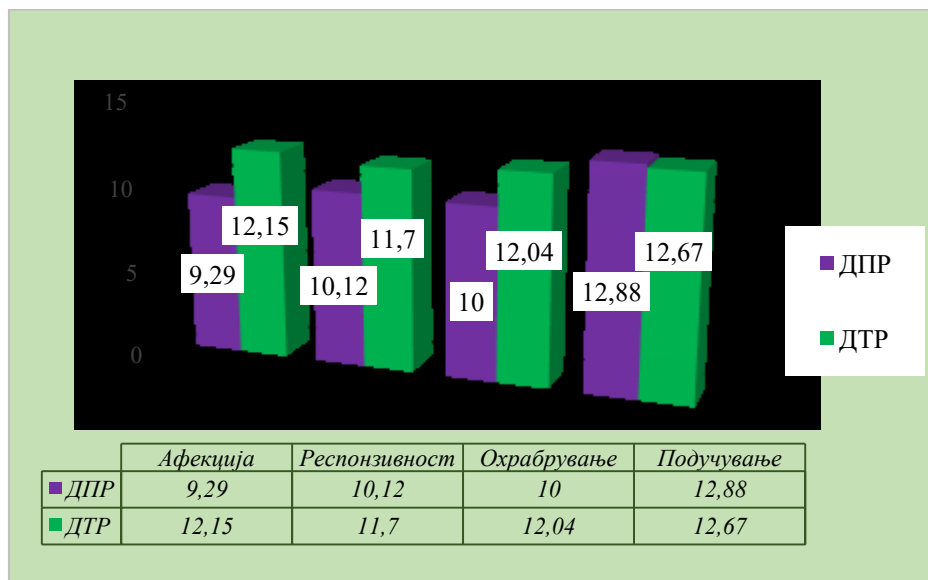
*Овој наод нуди одредена основа за делумно прифаќање на помошната хипотеза 2.2, и тоа во делот за Афекцијата и Респонзивноста како опсервирани интеракции: Постои извесна можност за некои разлики во квалитетот на интеракциите од страна на татковците кон децата од спротивен пол (во насока на поизразени Афекција и Респонзивност кон ќерките).*

Следува тестирање на истражувачката помошна хипотеза 2.3, која ги покрива можните разлики во квалитетот на интеракциите на татковците кон деца со различен развоен статус (тешкотии во развојот наспроти типичен развој). Прелиминарните дескриптивни податоци се презентирани во наредната Табела 2.3а и соодветниот графички Приказ 2.3а, а на нив се забележува дека на три форми на интеракција (Афекција, Респонзивност и Охрабрување) во просек повисоко скорираат татковците на деца со типичен развој (ДТР), а на една форма (Подучување) повисок просечен скор имаат татковците на деца со пречки во развојот (ДПР).

**Табела 2.3а**

*Татковци: Развоен статус на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

Descriptives					
	1) DPR				
	2) DTR	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tatko_PICCOLO_Affection	DPR	17	9.29	3.933	.954
	DTR	27	12.15	2.641	.508
tatko_PICCOLO_Responsiveness	DPR	17	10.12	3.199	.776
	DTR	27	11.70	2.643	.509
tatko_PICCOLO_Encouragement	DPR	17	10.00	4.047	.981
	DTR	27	12.04	2.579	.496
tatko_PICCOLO_Teaching	DPR	17	12.88	12.908	3.131
	DTR	27	12.67	4.067	.783



**Приказ 2.3а**

*Татковци: Развоен статус на детето и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

Статистичкото тестирање на значајноста на посочените разлики преку т-тест за независни примероци, презентирано во наредната Табела 2.3б, дава статистичка потврда за

значајност на установените разлики меѓу татковците на само една интеракција, односно *Афекцијата* ( $t=-2,640$ ,  $df=25,13$   $p<0,05$ ). На преостанатите три форми на интеракции опсервирани во Пиколо протоколот за опсервација (*Респонзивност, Охрабрување, Подучување*), разликите се недоволно проминентни за статистичка верификација, па ќе бидат третираны како резултат на случајност.

**Табела 2.36**

*T-тест за независни примероци (мајки): Степен на образование и интеракции (Пиколо протокол)*

	Levene's Test		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95% Conf. Int.	
								Lower	Upper
<i>tatko_PICC_Affection</i>	5.236	.027	<b>-2.640</b>	25.130	<b>.014*</b>	-2.854	1.081	-5.080	-.628
<i>tatko_PICC_Responsiveness</i>	.134	.716	-1.786	42	.081	-1.586	.888	-3.378	.206
<i>tatko_PICC_Encouragement</i>	5.028	.030	-1.852	24.256	.076	-2.037	1.100	-4.306	.232
<i>tatko_PICC_Teaching</i>	2.423	.127	.081	42	.936	.216	2.658	-5.149	5.580

Овој наод нуди минимална основа за делумно прифаќање на помошната хипотеза 2.3, во делот за Афекцијата како една од тестираните интеракции: *Постои одредена можност за разлики во квалитетот на интеракциите од страна на татковците во врска со развојниот статус на детето (во насока на поизразена Афекција кон децата со типичен развој).*

Во целина, презентираниите наоди и произлезениот статус на трите помошни хипотези (2.1, 2.2 и 2.3) даваат прилично убедлива основа за делумно прифаќање на истражувачката Хипотеза 2: *Одредени демографски особености кај таткото и кај детето би можеле да бидат поврзани со разлики во квалитетот на некои интеракции на таткото со детето, опсервирани во Пиколо протоколот.*

## - ПОЛОТ НА РОДИТЕЛОТ И НЕГОВИТЕ ИНТЕРАКЦИИ СО ДЕТЕТО

Овој сегмент од статистичките анализи ќе се занимава со подрачјето покриено со истражувачката Хипотеза 3, односно можните разлики во квалитетот на интеракциите со детето (опсервирани во Пиколо протоколот) меѓу мајките и татковците. *Со оглед на претпоставената можна специфична позиција на здравствениот статус на детето (ДПР или ДТР) како релевантна варијабла, пресметките ќе бидат направени сепаратно за секоја*

од двете групи (ДПР и ДТР), што во истражувачката рамка е операционализирано преку соодветните помошни хипотези 3.1 и 3.2.

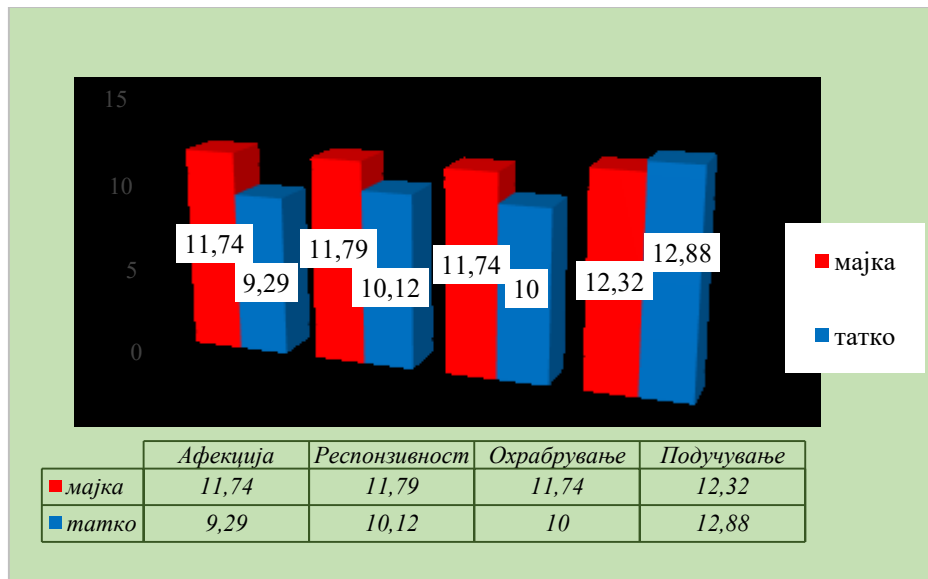
Помошната хипотеза 3.1 постулира разлики во квалитетот на интеракциите меѓу мајките и татковците кај децата со пречки-тешкотии во развојот (ДПР). И во овој сегмент од анализите како статистичка алатка за вкрстување на податоците (пол на родителот и интеракции според Пиколо) ќе биде користен т-тестот за независни примероци. Прелиминарните дескриптивни податоци се дадени во наредната Табела 3.1а, со визуелна поткрепа во форма на соодветниот графички Приказ 3.1а. Како што може да се види, на три од четирите форми на интеракција (Афекција, Респонзивност и Охрабрување) мајките скорираат забележливо повисоко од татковците, а исклучок е интеракцијата на Подучување, на која татковците на ДПР манифестираат нешто повисок просечен скор во споредба со мајките.

**Табела 3.1а**

*Деца со пречки во развојот (ДПР): Пол на родителот и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

<b>Descriptives</b>					
	1) <i>majka</i>				
	2) <i>tatko</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
<i>DPR_PICCOLO_Affection</i>	<i>majka</i>	19	11.74	3.212	.737
	<i>tatko</i>	17	9.29	3.933	.954
<i>DPR_PICCOLO_Responsiveness</i>	<i>majka</i>	19	11.79	2.992	.686
	<i>tatko</i>	17	10.12	3.199	.776
<i>DPR_PICCOLO_Encouragement</i>	<i>majka</i>	19	11.74	2.941	.675
	<i>tatko</i>	17	10.00	4.047	.981
<i>DPR_PICCOLO_Teaching</i>	<i>majka</i>	19	12.32	3.816	.875
	<i>tatko</i>	17	12.88	12.908	3.131





**Приказ 3.1а**

*Деца со потешкотии во развојот (ДПР): Пол на родителот и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

Следува статистичко тестирање на значајноста на посочените разлики, во кое преку т-тест за независни примероци ќе се покаже дали разликите меѓу мајките и татковците на ДПР се доволно изразени за статистичка верификација, или пак ќе бидат занемарени т.е. третирали како резултат на случајност. Пресметката на т-тестот е презентирана во наредната Табела 3.1б, и покажува дека на само една од четирите форми на опсервирана интеракција во Пиколо протоколот има статистички значајна разлика: евидентиран е сигнификантно повисок просечен скор кај мајките, а се работи за интеракцијата на Афекција ( $t=2,050$ ,  $df=34$ ,  $p<0,05$ ). Статистички не се потврдени за сигнификантни установените разлики кај интеракциите на Респонзивност, Охрабрување и Подучување.

**Табела 3.1б**

*Т-тест за независни примероци (ДПР): Пол на родителот и интеракции (Пиколо протокол)*

	Levene's Test		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95% Conf. Int.	
								Lower	Upper
DPR_PICC_Affection	1.506	.228	<b>2.050</b>	34	<b>.048*</b>	2.443	1.192	.021	1.506
DPR_PICC_Responsiveness	.080	.779	1.620	34	.114	1.672	1.032	-.426	.080
DPR_PICC_Encouragement	2.089	.158	1.484	34	.147	1.737	1.170	-.641	2.089
DPR_PICC_Teaching	2.070	.159	-.183	34	.856	-.567	3.098	-6.863	2.070

Ваквиот наод нуди минимална основа за делумно прифаќање на помошната хипотеза 3.1, во делот за Афекцијата како една од тестираните интеракции: *Постои одредена*

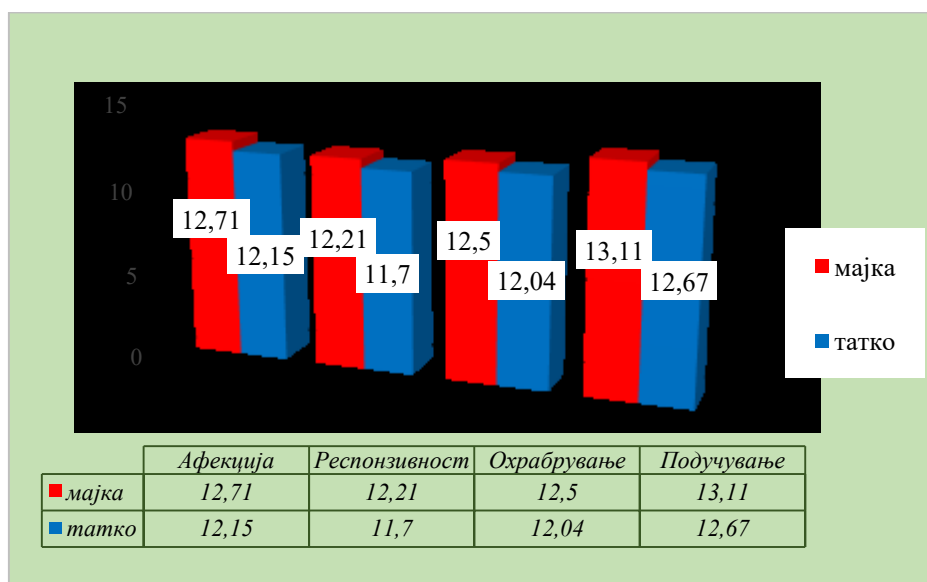
можност за некои разлики во квалитетот на интеракциите меѓу мајките и татковците кај деца со пречки во развојот (во насока на поизразена Афекција од страна на мајките).

Втората помошна хипотеза т.е. 3.2 постулира разлики во квалитетот на интеракциите меѓу мајките и татковците кај децата со типичен развој (ДТР). Прелиминарните дескриптивни податоци се дадени во наредната Табела 3.2а, со визуелна поткрепа во форма на соодветниот графички Приказ 3.2а. Како што може да се види, *на сите четири форми на интеракција, според Пиколо протоколот, мајките скорираат минимално повисоко.*

**Табела 3.2а**

*Деца со типичен развој (ДТР): Пол на родителот и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

Descriptives					
	1) мајка	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DTR_PICCOLO_Affection	мајка	28	12.71	2.537	.479
	татко	27	12.15	2.641	.508
DTR_PICCOLO_Responsiveness	мајка	28	12.21	2.315	.438
	татко	27	11.70	2.643	.509
DTR_PICCOLO_Encouragement	мајка	28	12.50	2.349	.444
	татко	27	12.04	2.579	.496
DTR_PICCOLO_Teaching	мајка	28	13.11	3.928	.742
	татко	27	12.67	4.067	.783



**Приказ 3.2а**

*Деца со типичен развој (ДТР): Пол на родителот и интеракции (Пиколо протокол - дескриптивни податоци)*

Пресметката на значајноста на разликите со т-тестот за независни примероци (презентирана во наредната Табела 3.2б) не дава основа за статистичка верификација на споменатите разлики како значајни, кај ниту една форма на опсервирана интеракција, па истите формално ќе бидат третирани како резултат на случајност.

**Табела 3.2б**

*Т-тест за независни примероци (ДТР): Пол на родителот и интеракции (Пиколо протокол)*

<b>Independent Samples Test</b>									
	<i>Levene's Test</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>Mean Diff.</i>	<i>Std. Error Diff.</i>	<i>95% Conf. Int.</i>	
								<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<i>DTR_PICC_Affection</i>	.917	.343	.811	53	.421	.566	.698	-.834	.917
<i>DTR_PICC_Responsiveness</i>	.602	.441	.763	53	.449	.511	.669	-.832	.602
<i>DTR_PICC_Encouragement</i>	.458	.502	.696	53	.489	.463	.665	-.870	.458
<i>DTR_PICC_Teaching</i>	.003	.954	.409	53	.684	.440	1.078	-1.722	.003

Ваквиот наод не дава основа за прифаќање на помошната хипотеза 3.2: *Нема докази за разлики во квалитетот на интеракциите меѓу мајките и татковците кај децата со типичен развој (ДТР).*

Во целина, презентираниите наоди и произлезениот статус на двете помошни хипотези (3.1 и 3.2) даваат многу слаба основа за прифаќање на пошироката истражувачка *Хипотеза 3: постојат слабо потврдени индикации дека мајките и татковците би можеле да се разликуваат во квалитетот на интеракциите опсервирани во Пиколо протоколот (тенденцијата е нешто поизразена кај децата со тешкотии во развојот т.е. ДПР, во насока на нешто повисок квалитет на интеракциите од страна на мајките).*

- **УСКЛАДЕНОСТ (МАЈКА-ТАТКО) НА КВАЛИТЕТОТ НА ИНТЕРАКЦИИТЕ КОН ДЕТЕТО**

Овој сегмент од статистичките анализи ќе се занимава со подрачјето покриено со истражувачката Хипотеза 4, односно претпоставената синергија во квалитетот на интеракциите кон детето од страна на двајцата родители. *Со оглед на претпоставената можна специфична позиција на здравствениот статус на детето (ДПР или ДТР) како релевантна варијабла, пресметките и во овој сегмент ќе бидат направени сепаратно за*

секоја од двете групи (ДПР и ДТР), што во истражувачката рамка е операционализирано преку соодветните помошни хипотези 4.1 и 4.2.

Помошната хипотеза 4.1 постулира постоење на синергија (ускладеност) во квалитетот на интеракциите на мајката и таткото во семејствата со дете со попреченост во развојот (ДПР). Како статистичка алатка за вкрстување на податоците (интеракции опсервирани во Пиколо протоколот, од страна на мајката наспроти оние од страна на таткото), со оглед на интервалната природа на мерките на двете варијабли, во овој сегмент од анализите ќе биде користена линеарна корелација (Пирсонов коефициент). Корелационската матрица е дадена во наредната Табела 4.1.

**Табела 4.1**

*Линеарна корелација (Пирсон): Интеракции од мајката и од таткото (Пиколо протокол), семејства со ДПР*

		<i>Tatko_PICCOLO Affection</i>	<i>Tatko_PICCOLO Responsiveness</i>	<i>Tatko_PICCOLO Encouragement</i>	<i>Tatko_PICCOLO Teaching</i>
<i>Majka_PICCOLO Affection</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.204			
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.449			
	<i>N</i>	16			
<i>Majka_PICCOLO Responsiveness</i>	<i>Pearson Correlation</i>		.264		
	<i>Sig. (2-tailed)</i>		.323		
	<i>N</i>		16		
<i>Majka_PICCOLO Encouragement</i>	<i>Pearson Correlation</i>			-.212	
	<i>Sig. (2-tailed)</i>			.431	
	<i>N</i>			16	
<i>Majka_PICCOLO Teaching</i>	<i>Pearson Correlation</i>				.077
	<i>Sig. (2-tailed)</i>				.777
	<i>N</i>				16

Податоците од Табела 4.1 индицираат *отсуство на статистички значајни корелации* (како индикатор на „синергија“ т.е. „ускладеност“) во семејствата со ДПР во поглед на квалитетот на интеракциите од страна на мајката наспроти оние од страна на таткото. Тоа практично значи дека, кога во прашање се децата со тешкотии-попреченост во развојот (ДПР) од овој примерок, двата родители во просек манифестираат релативно слаба меѓусебна ускладеност т.е. синергија на интеракциите кон своето дете. Најслаба е синергијата кај интеракцијата на *Подучување*, т.е. корелацијата е многу ниска ( $R=0,077$ ), што начелно сугерира дека одреден износ на квалитет на

Подучувањето кај мајката не навестува речиси ништо каков е квалитетот на истата интеракција кај таткото. Релативно повисоки се корелациите кај интеракциите на *Респонзивност* ( $R=0,264$ ) и *Афекција* ( $R=0,204$ ), но сè уште далеку од статистичка значајност. Кај интеракцијата на *Охрабрување*, дури, се јавува негативна корелација (?!), што сугерира дека, на пример, релативно повисок квалитет на оваа интеракција од страна на мајката во просек значи обратна (?!) тенденција т.е. понизок квалитет на *Охрабрување* од страна на таткото, и обратно.

Презентираните наоди не нудат основа за прифаќање на помошната Хипотеза 4.1. Постојат слаби индикации дека квалитетот на интеракциите од страна на мајката и на таткото во семејствата со дете со тешкотии во развојот (ДТР) би можел да биде ускладен т.е. во синергија, кај поединечни интеракции.

Помошната хипотеза 4.2 повторно се однесува на постоењето на синергија (ускладеност) во квалитетот на интеракциите на мајката и таткото, но сега во семејствата со дете со типичен развој (ДТР). Како статистичка алатка за вкрстување на податоците (интеракции опсервирани во Пиколо протоколот, од страна на мајката наспроти оние од страна на таткото) повторно ќе биде користена линеарна корелација (Пирсонов коефициент). Корелационската матрица е дадена во наредната Табела 4.2.

**Табела 4.2**

*Линеарна корелација (Пирсон): Интеракции од мајката и од таткото (Пиколо протокол), семејства со ДТР*

		<i>Tatko_PICCOLO Affection</i>	<i>Tatko_PICCOLO Responsiveness</i>	<i>Tatko_PICCOLO Encouragement</i>	<i>Tatko_PICCOLO Teaching</i>
<i>Majka_PICCOLO Affection</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<b>.806**</b>			
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<b>.000**</b>			
	<i>N</i>	27			
<i>Majka_PICCOLO Responsiveness</i>	<i>Pearson Correlation</i>		<b>.825**</b>		
	<i>Sig. (2-tailed)</i>		<b>.000**</b>		
	<i>N</i>		27		
<i>Majka_PICCOLO Encouragement</i>	<i>Pearson Correlation</i>			<b>.751**</b>	
	<i>Sig. (2-tailed)</i>			<b>.000**</b>	
	<i>N</i>			27	
<i>Majka_PICCOLO Teaching</i>	<i>Pearson Correlation</i>				<b>.626**</b>
	<i>Sig. (2-tailed)</i>				<b>.000**</b>
	<i>N</i>				27

Податоците од Табела 4.1 индицираат *драстично поинаква ситуација во споредба со претходната пресметка. За разлика од семејствата со ДПР, во семејствата со ДТР се гледаат исклучително високи позитивни корелации, сите потврдени како статистички значајни, како одраз на високот ниво на синергија во поглед на квалитетот на интеракциите од страна на мајката и оние од страна на таткото. Со други зборови, кога во прашање се децата со типичен развој (ДТР) од овој примерок, двата родитела манифестираат изразито висок степен на меѓусебна ускладеност т.е. синергија кај сите четири вида опсервирани интеракции кон своето дете. Тоа значи дека одреден износ (висок, просечен или низок) на квалитет на која било од четирите интеракции кај едниот родител, речиси сигурно подразбира сличен износ (висок, просечен или низок) и кај другиот родител.*

Презентираните наоди нудат максимално силна основа за целосно прифаќање на помошната Хипотеза 4.2. Постојат силни докази дека квалитетот на интеракциите од страна на мајката и на таткото во семејствата со дете со типичен развој (ДТР) е во висок степен ускладен т.е. во синергија, кај сите опсервирани интеракции.

Во целина, презентираниите наоди и произлезениот статус на двете помошни хипотези (4.1 и 4.2) даваат валидна основа за делумно прифаќање на пошироката истражувачка Хипотеза 4: постојат јасни индикации дека квалитетот на интеракциите од страна на мајките и од страна на татковците, опсервирани во Пиколо протоколот, би можел да биде ускладен, при што овој образец егзистира во тесна зависност од развојно-здравствениот статус на детето (со силно изразена тенденција селективно да важи во семејства со ДТР, но не и во семејства со ДПР).

#### - ДЕЦА СО ТЕШКОТИИ ВО РАЗВОЈОТ: РАЗВОЈНИ ВАРИЈАБЛИ И ИНТЕРАКЦИИ ОД СТРАНА НА МАЈКАТА

Овој сегмент од статистичките анализи ќе се занимава со подрачјето покриено со истражувачката Хипотеза 5, односно претпоставените релации меѓу различните аспекти на психофизичкиот развој мерени со инструментот ASQ (*Груба моторика, Фина моторика, Когниција, Говор, Социо-емоционален развој, Грижа за себе*) од една, со квалитетот на

интеракциите од страна на мајката опсервирани во Пиколо протоколот (*Афекција, Респонзивност, Охрабрување, Подучување*), од друга страна.

Интервалната природа на мерките на двете варијабли што ќе бидат подложени на статистичко вкрстување во овој сегмент од анализите, повторно налага употреба на линеарната корелација (Пирсонов коефициент) како статистичка процедура. Корелациската матрица е дадена во наредната Табела бр. 5.

**Табела 5**

*Линеарна корелација (Пирсон): Развојни варијабли кај ДПР и интеракции од страна на мајката (Пиколо протокол)*

		<i>ASQ_gross_motoric</i>	<i>ASQ_fine_motoric</i>	<i>ASQ_cognitive</i>	<i>ASQ_communicate</i>	<i>ASQ_social</i>	<i>ASQ_selfcare</i>
<i>Majka_PICCOLO Affection</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.372	.039	.261	.148	.072	.068
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.117	.875	.295	.559	.775	.788
	<i>N</i>	19	19	18	18	18	18
<i>Majka_PICCOLO Responsiveness</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.317	.082	.319	.104	.215	.264
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.187	.739	.197	.680	.391	.290
	<i>N</i>	19	19	18	18	18	18
<i>Majka_PICCOLO Encouragement</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.225	.085	.297	.051	.117	.068
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.354	.730	.231	.839	.643	.789
	<i>N</i>	19	19	18	18	18	18
<i>Majka_PICCOLO Teaching</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.280	.128	.385	.184	.182	.198
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.246	.602	.114	.465	.469	.430
	<i>N</i>	19	19	18	18	18	18

Податоците од Табела 5 покажуваат дека не се евидентирани статистички сигнификантни износи на корелација, иако значен број од нив номинално воопшто не се ниски (најголемата е 0,385 – вкрстени се ASQ податокот за *Когнитивниот развој* и мајчината интеракција на *Подучување*). Без оглед на отсуството на формална статистичка значајност, податоците сугерираат неколку интересни тенденции. На пример, видливо е дека највисоки корелации со квалитетот на мајчините интеракции покажува степенот на *Когнитивен развој*, што сугерира дека децата со тешкотии во развојот кои покажуваат напредни индикатори на когниција, во просек, имаат поквалитетни интеракции од страна на мајките. Од друга страна, забележливо е дека *Глобалниот моторен развој* покажува негативни корелации со квалитетот на сите четири форми на интеракции, што пак сугерира дека децата со напредни индикатори на овој аспект на развојот, напротив, имаат пропорционално помалку квалитетни интеракции од страна на мајката (најизразено кај

Афекцијата). Најниски се корелациите кај *Финиот моторен развој*, што значи дека тенденциите на поврзаност со мајчините интеракции тука се најслабо изразени.

Презентираните наоди *не нудат основа за прифаќање на истражувачката Хипотеза 5. Постојат само непотврдени индиции дека развојните варијабли (мерени преку инструментот ASQ) кај децата со тешкотии во развојот би можеле да бидат поврзани со квалитетот на одредени интеракции од страна на мајката (опсервирани во Пиколо протоколот).*

#### - ДЕЦА СО ТЕШКОТИИ ВО РАЗВОЈОТ: РАЗВОЈНИ ВАРИЈАБЛИ И ИНТЕРАКЦИИ ОД СТРАНА НА ТАТКОТО

Финалниот сегмент од статистичките анализи ќе се занимава со подрачјето покриено со истражувачката Хипотеза 6, односно претпоставените релации меѓу различните аспекти на психофизичкиот развој мерени со инструментот ASQ (*Груба моторика, Фина моторика, Когниција, Говор, Социо-емоционален развој, Грижа за себе*) од една, со квалитетот на интеракциите од страна на таткото опсервирани во Пиколо протоколот (*Афекција, Респонзивност, Охрабрување, Подучување*), од друга страна. Корелациската матрица, повторно базирана врз линеарна корелација (Пирсонов коефициент), е дадена во наредната Табела бр. 6.

**Табела 6**

*Линеарна корелација (Пирсон): Развојни варијабли кај ДПР и интеракции од страна на таткото (Пиколо протокол)*

		<i>ASQ_gross_motoric</i>	<i>ASQ_fine_motoric</i>	<i>ASQ_cognitive</i>	<i>ASQ_communicate</i>	<i>ASQ_social_emotional</i>	<i>ASQ_self_care</i>
<i>Tatko_PICCOLO Affection</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.305	.188	.307	.359	.480	.286
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.234	.470	.247	.173	.060	.283
	<i>N</i>	17	17	16	16	16	16
<i>Tatko_PICCOLO Responsiveness</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.384	.139	.375	.199	.448	.248
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.128	.595	.152	.459	.082	.354
	<i>N</i>	17	17	16	16	16	16
<i>Tatko_PICCOLO Encouragement</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.378	-.097	.018	.105	.228	.024
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.135	.711	.946	.700	.395	.931
	<i>N</i>	17	17	16	16	16	16
<i>Tatko_PICCOLO Teaching</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.179	-.088	.279	.155	.002	.367
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.491	.738	.295	.565	.994	.162
	<i>N</i>	17	17	16	16	16	16



Податоците од Табела 6, слично на претходната анализа за мајките, повторно индицираат отсуство на статистички сигнификантни износи на корелација. И овде значен број од нив номинално не изгледаат занемарливо (најголемата е 0,480 – вкрстени се ASQ податокот за *Социо-емоционалниот развој* и татковата интеракција на *Афекција*). Тенденциите посочени во претходната корелациска табела делумно се видливи и овде: најниски корелации со квалитетот на мајчините интеракции во просек покажува степенот на *Финиот моторен развој*, додека *Глобалниот моторен развој* и овде покажува негативни корелации со квалитетот на сите четири форми на интеракции од страна на таткото, што би значело дека децата со напредни индикатори на овој аспект на развојот имаат пропорционално помалку квалитетни интеракции не само од страна на мајката туку и од таткото.

Презентираните наоди не даваат основа за прифаќање на истражувачката  
Хипотеза б: присутни се само непотврдени индиции дека развојните варијабли (мерени  
преку инструментот ASQ) кај децата со пречки во развојот би можеле да бидат поврзани  
со квалитетот на интеракциите од страна на таткото (опсервирани во Пиколо  
протоколот).

## IV. ДИСКУСИЈА

Кога станува збор за родителството, не постои универзален пристап што одговара на сите. Секое дете и секое семејство е различно, па затоа начинот на родителските реакции и одговори треба да биде соодветно приспособен.

Одговорното родителство е родителски стил кој се карактеризира со висока чувствителност на родителите кон потребите на децата. Одговорните родители постојано реагираат со топло прифаќање на потребите, чувствата и интересите на детето. Тие се чувствителни и навремено реагираат на детските сигнали. Децата се чувствуваат поддржани бидејќи родителите се емотивно приспособени на нивната внатрешна состојба на умот.

Одговорното родителство е поврзано со позитивниот развој на децата - физички, ментално, бихејвиорално, когнитивно и социјално.

Тоа создава сигурна приврзаност кај децата. Приврзаноста е првата емоционална врска што децата ја формираат со своите родители-старатели. Безбедноста на приврзаноста е одредена од способноста на родителот-старател да ги задоволи потребите на детето. Одговорното родителство им помага на децата да развијат чувство на безбедност, доверба и заштита и безбедно врзување. Сигурната приврзаност има многу придобивки, бидејќи овие позитивни животни искуства на луѓето им овозможуваат на децата да го генерализираат своето учење за да создадат повеќе позитивни искуства во текот на нивниот живот.

Одговорното родителство ги зема предвид сите овие фактори, признавајќи дека за правилен раст и развој на децата е потребна стимулативна средина исполнета со љубов, разбирање, поддршка и охрабрување. Исто така, покажува граници како и техники за градење силни односи меѓу родителите и нивните деца врз основа на меѓусебно почитување.

Со примената на принципите на одговорно родителство ќе се создаде атмосфера каде што детето ќе се чувствува безбедно, сигурно, слушнато и почитувано - суштински компоненти за здрав развој!

Наместо да се користи единствен пристап за сите, одговорното родителство им овозможува на родителите да бидат флексибилни и соодветно да реагираат во различни ситуации. Ги охрабрува родителите да одвојат време за вистински да ги запознаат своите деца и да изградат силни врски засновани на меѓусебна доверба, почит и разбирање.

Одговорното родителство има многу придобивки и за децата и за родителите.

Тоа помага да се создаде средина каде што децата се чувствуваат удобно и сигурно за да ги изразат своите емоции, овозможувајќи им да ја развијат својата емоционална интелигенција. Поттикнува отворена комуникација меѓу родителите и децата, што за возврат гради доверба и разбирање.

Овој пристап кон родителството, исто така, им помага на децата да развиваат вештини за саморегулација, како и способност за решавање проблеми и донесување одлуки.

За родителите, одговорното родителство им овозможува да станат свесни за потребите на нивните деца и подобро подготвени да одговорат на начин што ќе му помогне на детето непречено да расте и да се развива.

Важно е родителот навистина да го запознае своето дете за да може подобро да ги разбере неговите индивидуални потреби и на најдобар начин да одговори на нив.

Одговорното родителство не е секогаш лесно. Потребно е трпение, разбирање и доследност - сето тоа може да биде предизвик за одржување. Тоа е важен дел од воспитувањето здрави и добро приспособени деца. Поттикнува отворена комуникација меѓу родителите и децата што може да помогне да се поттикне довербата и меѓусебното разбирање.

Одговорното родителство е непроценлива алатка за секој родител кој сака да воспитува здрави и среќни деца. Конечно, тоа им помага на родителите да станат посвесни за потребите на нивните деца.

Одговорното-Респонзивно родителство опишано од различни теоретски рамки (на пример, приврзаност) нагласува афективно-емоционален стил со позитивна наклонетост и високо ниво на топлина и негување (Darling, & Steinberg, 1993), одговори кои се постојано нежно поврзани со детските сигнали и прифаќање на децата како единствени индивидуи (Ainsworth et al., 1978;) и (Bornstein, 1985). Од социокултурна рамка, во однесувањата кои се вклопуваат во овој стил, се вклучени и когнитивно одговорни однесувања како што е одржување на детскиот фокус на интересот (Akhtar et al., 1991) и употребата на вербални детски сигнали. Овие рамки го опишуваат одговорното родителство како критично важно за неговата улога во обезбедување силна основа за детскиот оптимален развој.

Воспитувањето деца со тешкотии и попреченост, исто така, е поврзано со помалку одговорно родителство, вклучително и несоодветно темпо на интеракции (Brachfeld, Goldberg, & Sloman, 1980), делумно, поради тешкотиите на развојно-ризиците деца во обезбедувањето јасни сигнали за нивните потреби. Една група на високоризични деца, која може да биде предизвик за родителство, се оние родени во VLBW-very low birth weight (ниска родилна тежина), со оглед на нивните проблеми со јазикот и регулирањето на

однесувањето (Landry et al., 2000). Овие деца можеби нема да учат толку ефикасно од интеракциите со нивните родители без специјализирана поддршка, бидејќи покажуваат тешкотии во самостојното организирање на нивното однесување за да покажат соодветни когнитивни и социјални одговори, поголема пасивност во социјалните интеракции и тешкотии во разбирањето на непредвидени ситуации.

Инструментот PICCOLO е применет кај деца со попреченост во Соединетите Американски Држави од страна на – M.S. Innocenti, L.A. Roggman, and G.A. Cook – во истражувањето “Using the PICCOLO with parents of children with a disability”, кое е спроведено на 309 деца со попреченост. Во оваа истражување резултатите добиени кај децата со попреченост се споредени со резултати кај група на деца без попреченост и истите се повисоки во домен на емоции и охрабрување, додека во доменот подучување се пониски. Со оваа истражување е потврдено дека PICCOLO демонстрира силна сигурност и валидност кога се користи со родители на деца со идентификувана попреченост.

Слично истражување е спроведено во Шпанија на 203 мајки, (Vilaseca et al. 2019), во кое резултатите не покажале статистички значајна разлика за просечните резултати на PICCOLO помеѓу мајките на момчињата и девојчињата за разлика од резултатите добиени во оригиналниот примерок од PICCOLO (Roggman et al., 2013a) и во турскиот примерок (Bayoğlu et al. 2013), во кои е пронајдена статистички значајна разлика помеѓу возраста на детето и резултатите. Овие разлики можат да рефлектираат различни културни вредности за родителството или за целите на родителите за резултатите од развојот на нивните деца (Tuttle et al., 2012).

Резултатите за вкупните оценки на PICCOLO и нивната поврзаност со возраста на детето се најдени во едно шпанското истражување (Vilaseca et al. 2019;), во оригиналниот примерок од PICCOLO (Roggman et al., 2013a) и во турскиот примерок (Bayoğlu et al., 2013;)

Во нашето истражување во однос на Хипотеза 1 и Хипотеза 2: *Некои демографски особености кај мајката и таткото (степен на образование) и кај детето (пол, развоен статус) би можеле да бидат поврзани со разлики во квалитетот на интеракциите на мајката со детето и таткото со детето.*

Според добиените резултати, пак, мајките како група имаат поквалитетна образовна структура во однос на татковците. Мајките со ВСС степен на образование во сите четири форми на интеракција скорираат повисоко во споредба со мајките со средно образование, а највисока разлика има кај Подучувањето. Статистички не е потврдена разлика кај Афекцијата. Во однос на реакциите на мајката кон детето во однос на полот момче - девојче,

во сите четири форми на интеракција се забележуваат повисоки скорови кај мајките на девојчињата со најексплицитна разлика во делот на Афекцијата.

Во однос на *во квалитетот на интеракциите на мајките кон деца со различен развоен статус (деца со попреченост наспроти деца со типичен развој)*, во сите четири форми на интеракција во просек повисоко скорират мајките на децата со типичен развој, но овие разлики се доста мали.

Кај татковците со оформен ВСС степен на образование, на сите четири форми на интеракција, се забележуваат повисоки скорови во споредба со татковците со средно образование, при што разликите изгледаат доста високи, со релативен исклучок на интеракцијата на Подучување. Во однос на разликата во интеракцијата на татковците во однос на полот на децата и овде *на сите четири форми на интеракција повисоко скорираат татковците на испитаните девојчиња, при што разликата – идентично како кај мајките – како најпроминентна се појавува кај интеракцијата на Афекција*. Во однос, пак, на интеракцијата на *можните разлики во квалитетот на интеракциите на татковците кон деца со различен развоен статус (пречки во развојот наспроти типичен развој)* се забележува дека *на три форми на интеракција (Афекција, Респонзивност и Охрабрување) во просек повисоко скорираат татковците на деца со типичен развој, а на една форма (Подучување) повисок просечен скор имаат татковците на деца со попреченост*.

Во студијата спроведена од (Vilaseca et al., 2019) во Шпанија (Demographic and Parental Factors Associated With Developmental Outcomes in Children With Intellectual Disabilities), испитувана е врската помеѓу демографските варијабли, карактеристиките на родителите и развојот на когнитивните, јазичните и моторичките вештини кај децата со интелектуална попреченост. Примерок од 89 деца со интелектуална попреченост на возраст од 20 до 47 месеци, ја завршија Бејлиевата скала за развој на доенчињата за мерење на когнитивниот, моторниот и јазичниот развој. На родителите им беа дадени прашалници за демографски информации и родителска анксиозност, депресија, родителски стрес, конјугалност и семејно функционирање. Родителските однесувања (емоции, респонзивност, охрабрување и подучување) беа забележани со користење на шпанската верзија на PICCOLO (Родителски интеракции со деца: Список за проверка на набљудувања поврзани со исходите). Биваријантна анализа покажала дека когнитивниот развој кај доенчињата е значително поврзан со реакцијата на мајката и таткото, како и со резултатите на подучувањето на таткото. Развојот на јазикот на доенчињата беше поврзан со различни фактори на мајката (образовно ниво, анксиозност, депресија, мајчинска реакција) и со резултатите на подучувањето на таткото. Ниту еден од факторите не беше статистички

поврзан со моторниот развој на детето. Оваа студија дава докази за важноста на вклученоста на таткото за когнитивниот и јазичниот развој кај децата со интелектуална попреченост.

Стекнувањето знаење за придонесот на родителите во развојот на децата е релевантно за подобрување на позитивното родителство во програмите за рана интервенција.

Меѓу семејните и демографските варијабли поврзани со развојните резултати, социоекономскиот статус (СЕС) доби значително внимание, обично во семејства со деца со типичен развој (Sohr-Preston et al., 2013); (Roubinov and Boyce, 2017). Меѓу другите варијабли, социоекономскиот статус ги вклучува семејниот приход и образовното ниво на родителите. Во овој поглед, повисоките образовни нивоа на родителите постојано се поврзуваат со подобри развојни резултати кај децата (Steinberg, 2001); Tamis-LeMonda et al., 2009). Спротивно на тоа, понискиот семеен социоекономски статус е поврзан со поголем ризик од одложен развој во детството (Cheng, 2003) (Emerson et al., 2006); Emerson and Natton, 2007). Несигурната економска ситуација и пониските нивоа на образование за родители (Zheng et al., 2012) може да влијаат на развојот на децата со попреченост со ограничување на пристапот до ресурсите што им се потребни (Saunders et al., 2015) и ограничување на нивната употреба на услуги за грижа (Wu et al., 2003).

Во нашето истражување во однос на Хипотезата 3: *Можни разлики кај родителите од двата пола во квалитетот на интеракциите со детето. Разликите се однесуваат во интеракции на родителите на децата со попречености на децата со типичен развој. Добиените резултати упатуваат на можност на постоење на некои разлики во квалитетот на интеракциите меѓу мајките и татковците кај деца со попреченост во насока на поизразена Афекција од страна на мајките и Подучување на која татковците на децата со попреченост манифестираат нешто повисоки просечни скорови.*

Студијата Dades parenting interactions with children: Checklist of obserations linked to outcomes (PICCOLO-D) (Anderson et al., 2013), укажува на значењето на раната позитивна интеракција татко-дете за развој на детето (Roggman et al., 2013b).

Во програмите за доенчиња и мали деца сè повеќе се препознаваат вредноста на ангажирањето татковци во домашните посети (Benzies et al., 2008). Динамичен модел на влијанија од таткото врз децата, развиен од (Cabrerera et al., 2007), претпоставува дека „Два родителски система можат да коегзистираат како комплементарни системи“. Од оваа перспектива, мајките и татковците се вклучуваат во многу интеракции со деца кои се слични едни на други и имаат корист за развојот на децата, а исто така можат да се вклучат

во различни родителски однесувања кои прават комплементарни придонеси за детските резултати. Така, татковците можат рано да влијаат врз развојот на детето на начини кои се важни, обезбедувајќи развојна поддршка и други ресурси (Cabrera et al., 2011). Боулби истакнува дека (Bowlby 1988), чувствителноста и одговорноста на мајките во контекст на грижата се клучни за развој на безбедноста на приврзаноста, а татковците можат да имаат можности за поддршка на раната безбедност преку игра и истражување со тоа што ќе се биде чувствителен и одговорен во контекст на играта (Fletcher 2011).

Лемб ја истражувал приврзаност на мајката и таткото и приврзаното однесување со доенчињата и открил дека доенчињата не покажуваат преференции во прилог за мајките над татковците, но дека мајките и татковците обезбедувале различни видови искуства за доенчињата: Татковото учество било повеќе за време на играта со децата, а учеството на мајките било поголемо за време на негувањето. (Lamb, 1977).

Друга студија (Grossmann et al., 2008) сугерира дека играта може да понуди важен контекст за мерење на приврзаност на односот татко-дете.

Емпириски докази од студии кои користат различни опсервациски мерки сугерираат дека позитивните односи татко-дете даваат придонеси за понатамошните исходи на децата на начини кои се слични и единствени, кога ќе се споредат со придонесите на мајките.

Приврзаноста на детето барем со еден родител, без разлика дали е мајка или татко, го намалува ризикот од проблеми во однесувањето понатаму во основно училиште (Kochanska, & Kim, (2013).

Слично на тоа, кога родителските однесувања беа забележани во домашни услови, користејќи набљудувања со полуструктурирана игра, деца со барем еден родител поддржувач со високо ниво на позитивна топлина, чувствителност и когнитивно-стимулирачка интеракција, постигнаа повисоки резултати на когнитивните резултати отколку децата со двајца родители кои не поддржуваат, без оглед на полот на поддржувачкиот родител (Ryan et al., 2006).

Во една метаанализа со комбинирање на наодите од студиите за користење на различни постапки за набљудување на приврзаноста и односите татко-дете е откриено дека чувствителноста на таткото е нешто послаб предиктор на приврзаност доенче-татко отколку чувствителност на мајката на приврзаност доенче-мајка (Van IJzendoorn & De Wolff 1997). Овие наоди низ различни набљудувачки мерки на родителството предложија комплементарен систем на родителство кој обезбедува карактеристични модели на однесување од секој родител. Опфаќаат однесувања кои се и слични и уникатни и промовираат различни, но подеднакво ценети развојни резултати кај децата.

Во Хипотезата 4 од нашето истражување која претпоставуваме дека: *Постои тенденција на ускладеност меѓу двајцата родители во поглед на квалитетот на интеракциите со детето и постои тенденција на ускладеност меѓу двајцата родители во поглед на квалитетот на интеракциите кон децата со попреченост.*

Од добиените резултати можеме да видиме дека кога во прашање се децата со попреченост од овој примерок, двата родител во просек манифестираат релативно слаба меѓусебна ускладеност т.е. синергија на интеракциите кон своето дете. Најслаба е синергијата кај интеракцијата на Подучување, односно корелацијата е многу ниска.

Постои тенденција на ускладеност меѓу двајцата родители во поглед на квалитетот на интеракциите кон дете со типичен развој во семејствата со попреченост во поглед на квалитетот на интеракциите од страна на мајката наспроти оние од страна на таткото.

*Кога станува збор за децата со типичен развој од овој примерок, двата родитела манифестираат изразито висок степен на меѓусебна ускладеност т.е. синергија кај сите четири вида опсервирани интеракции кон своето дете.*

Родителите на деца со попреченост се изложени на поголем ризик да доживеат родителски стрес. Оваа студија сугерира дека искуството на мајките и татковците за повеќето аспекти на родителскиот стрес варира кај паровите. Целта беше да се испита дали мајките и татковците на децата со попреченост се подеднакво склони во парови да искушат различни аспекти на родителскиот стрес. Единечните аспекти на родителскиот стрес беа оценети со девет ставки од скалата на родителски стрес кај 197 родителски парови на деца на возраст од 1 до 18 години со тешкотии или попреченост. Анализите беа условени од полот на детето, возраста на детето, образовното ниво на парот и целокупниот родителски стрес. Мајките биле повеќе склони на родителскиот стрес отколку татковците, особено мајките на момчињата, кај парови со високо образование. Констатирана е согласност за два аспекта на родителскиот стрес. Знаењето за систематската разлика помеѓу искуството на родителите од родителскиот стрес можат да ги информираат идните интервенции. За аспекти каде што мајките генерално доживуваат највисок степен на стрес, татковците можат да бидат вклучени како поддршка. Идните студии можат да ја истражат улогата на дијагнозите, стратегиите за справување и да ја испитаат усогласеноста на причинителите и симптомите на родителски стрес кај другите подгрупи. Да се биде родител е многу благодарно искуство за повеќето родители, но исто така и многу одговорно и стресно, поради секојдневните проблеми кои ги носи родителството. Родителскиот стрес може да се дефинира како „збир на процеси кои водат до аверзивни психолошки и физиолошки реакции кои произлегуваат од обидите да се приспособат на барањата на родителството“.



Семејствата кои доживуваат сиромаштија, проблеми со менталното здравје и неповолни искуства од детството се со зголемен ризик од родителски стрес. Семејствата со деца со развојни проблеми, како што се дефицит на внимание и хиперактивност (АДХД) или нарушување на спектарот на аутизам (АСД), се особено изложени на ризик и пријавуваат повисоки нивоа на родителски стрес. Ова веројатно се должи на зголемените барања за грижа кои се поврзани со родителството на деца со овие состојби. За родителите на деца со АСН, истражувањето сугерира дека следните три фактори придонесуваат за зголеменото ниво на стрес: 1) карактеристики на детето (особено проблеми со однесувањето), 2) недостаток на професионална поддршка и пристап до услуги и 3) недостаток на разбирање за проблеми со кои се соочува детето и семејството. Сето тоа резултира со поголема дисфункција во родителските релации како и во невоедначениот однос кон децата. Истражувањата покажуваат дека родителите кои се под постојан стрес имаат тенденција да применуваат остри или неефикасни стратегии за родителство (McQuillan et al. 2017) и да бидат помалку одговорни кон детето (Ward & Lee 2020). Ваквите стратегии за родителство можат да доведат до влошување на и така нарушеното однесување на детето, што доведува до повторно зголемен родителски стрес (Shawler et al., 2017). Соодветните интервенции што им се нудат на семејствата со деца со попреченост можат да го намалат нивото на стрес кај родителите (Theule et al., 2018 ). Затоа е важно да се процени родителскиот стрес и да им се даде поддршка на родителите кои доживуваат високи нивоа на родителски стрес (Lindo et al., 2016).

Во Хипотезите 5 и 6 од нашето истражување, односно претпоставените релации меѓу различните аспекти на психофизичкиот развој мерени со инструментот ASQ (*Груба моторика, Фина моторика, Когниција, Говор, Социоемоционален развој, Грижа за себе*) од една, со квалитетот на интеракциите од страна на мајката и таткото опсервирани во Пиколо протоколот (*Афекција, Респонзивност, Охрабрување, Подучување*), од друга страна, покажуваат дека не се евидентирани статистички сигнификантни износи на корелација, односно постојат само непотврдени претпоставки дека развојните варијабли мерени со инструментот ASQ кај децата со попреченост би можеле да бидат поврзани со квалитетот на одредени реакции од страна на мајката и таткото (опсервирани во Пиколо протоколот).

Сите деца имаат корист од позитивното родителско однесување што го поддржува раниот детски развој. За родител на дете со попреченост, карактеристиките на детето и можните ограничувања позитивното родителско однесување може да го направат

предизвик, а сепак, овие интеракции треба да бидат фокус на раната интервенција за да се промовира оптималниот развој на семејството и детето. Практиката насочена кон семејството, која вклучува зајакнување на вештините за родителство, се застапува во полето за рана интервенција. Иако програмите за рана интервенција ја сфаќаат важноста на поддршката на интеракцијата родител-дете како дел од практиката фокусирана на семејството, тоа не беше акцент на повеќето програми за рана интервенција. Недостатокот на лесни за употреба, психометриски силни мерки за родителство е проблем во раната интервенција. Родителските интеракции со децата: Список за проверка на набљудувања поврзани со исходите (PICCOLO) обезбедува практична мерка за набљудување на родителството со мали деца. Тестирана е веродостојноста и валидноста на оваа мерка со родители на деца со идентификувана попреченост. Раните родителски однесувања предвидуваа когнитивни и јазични исходи за децата со идентификувана попреченост до 9 години по првата проценка. PICCOLO покажа силна веродостојност и конструктивна и предвидлива валидност и покажува ветување како корисна мерка за практичарите кои работат со родители кои имаат дете со попреченост.

## V. BIBLIOGRAPHY:

1. Чичевска-Јованова, Н., Рашиќ-Цаневска, О. *Рана интервенција на деца родени со фактор на ризик*. Филозофски факултет, Скопје, 2013.
2. Каровска Ристовска, А., *Рана интервенција и едукација на деца со оштетен слух*. Филозофски факултет, Скопје, 2021 113-136
3. Østergaard KK, Lando VA, Hansen MB, Greisen G. *A Danish reference chart for assessment of psychomotor development based on the Ages & Stages Questionnaire*. Danish medical journal 2012.
4. Bian X, Yao G, Squires J, Hoselton R, Chen IC, Murphy K, Wei M, Fang B. *Translation and use of parent completed development screening test in Shanghai*. Journal of Early Childhood research 2011; 0(0) 1-14.
5. Guralnick, M.J. (2001c). *A framework for change in early childhood inclusion*. In M.J. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus on change* (pp. 3—3 5). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
6. Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). *Early childhood intervention: A continuing evolution*. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3–31). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.003>
7. Dunst, CJ. (2001). Participation of young children with disabilities in community learning activities. In MJ. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus on change* (pp. 307-333). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
8. Blackman, JA. October 2002 *Infants and Young Children* 15(2):11-19 Published by Lippincott, Williams & Wilkins DOI:[10.1097/00001163-200210000-00004](https://doi.org/10.1097/00001163-200210000-00004)
9. [https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations\\_eci\\_en.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_en.pdf)
10. Simeonsson, R., Rosental, S. (2021). *Psychological and developmental assessment: Children with disabilities and chronic conditions*. New York: The Guilford Press.
11. Дуковска, В. *Високоризично дете: развојно следење* / Валентина Дуковска, Филип Дума – Скопје 2021. СР – Национална и универзитетска библиотека “Св. Климент Охридски”- Скопје
13. Greenspan, S., & Weider, S. (2007). *Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention redefines how we work with infants, young children, and their families with mental health, developmental, or learning problems occur*. American Psychiatric Publishing.
14. Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3–31). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.003>

15. Bruder, M.B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children*, 76, pp.339-355. <https://doi.org/10.1177/001440291007600306>
16. Espe -Scherwindt, M. (2008 ) *Family centered practice: collaboration, competency and evidence*. *Support for Learning*. 23(3). Pp.136-143<https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
17. Lerner, J.W., Lowenthal., B&Egan, R.W. (2003) *Preschool children with specijal needs. Children at Risk and Children with Disabilities*. Boston: Allyn and Bacon.ISBN-13: 978-0205358793
18. Каровска Ристовска, А. (2021). *Рана интервенција и едукација на деца со оштетен слух*. / Скопје; Филозофски факултет
19. Hebbeler, K., Greer, M. & Hutton, B. (2011). *From then to now to the evolution od Part C. Zero Three*, 3, pp.4-10 ISSN: ISSN-0736-8038
20. Roffey, S., 1999. *Early Identification and Communication with parents and carers*. S. Roffey, ed.1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p. 53-69
21. Каровска, А., Јачова, З. *Транзиции на децата со попреченост од сервисите за рана интервенција во редовните инклузивни училишта*. Дефектолошка теорија и практика 2006.
22. Velišek-Braško, O., Svilar, M. (2017). Biti brat ili sestra „drugacijim” osobama, *Kru govori detinjstva*, 5(1), 28-38.
23. Roffey, S., 1999a. Introduction. S. Roffey, ed. 1999. *Special needs in the early years*. London: David Fulton Publishers, p.p.1-12.
24. Kosicek, T., Kobetic, D., Stancic, Z. I Jokobic Oreb, I., *Istrazivanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu*. Hrvatska revija za rehabilitacijska istrazivanja, Vol 45, br. 1,1-14.
25. Koegel, L., Koegel, R., Ashbaugh, K. and Bradshaw, J. (2014). *The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders*. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), pp. 50–56. DOI: [10.3109/17549507.2013.861511](https://doi.org/10.3109/17549507.2013.861511)
26. Guralnick, M. J. (Ed.). (1997). *Second-generation research in the field of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., [https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/Guralnick\\_Second\\_Generation\\_Effectiveness\\_EI-Brooks\\_1997.pdf](https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/Guralnick_Second_Generation_Effectiveness_EI-Brooks_1997.pdf)
27. Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). *Early childhood intervention: A continuing evolution*. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early Childhood Intervention* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press. <https://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam032/99025362.pdf>
28. Zigler, E. F., & Styfco, S. J. (Eds.). (1993). *Head Start and beyond: A national plan for extended childhood intervention*. New Haven and London: Yale University Press.

29. Ron Gray and Marie C. McCormick *Early Childhood Intervention Programs in the US: Recent Advances and Future Recommendations. The Journal of Primary Prevention, Vol. 26, No. 3, May 2005*) DOI: 10.1007/s10935-005-3600-x

30. <https://www.martemoschweiz.ch/view/data/3781/4%20MARTE%20MEO%20in%20Early%20Intervention.pdf>

31. Guralnick, M.J. ed., 2005a. The Developmental Systems Approach to Early Intervention, [https://brookespublishing.com/wp-content/uploads/2021/01/Guralnick\\_Excerpt.pdf2](https://brookespublishing.com/wp-content/uploads/2021/01/Guralnick_Excerpt.pdf2)

32. Miller, L. J. and Hanft, B. E. (1998). Building positive alliances: Partnerships with families as the cornerstone of developmental assessment. *Infants & Young Children*, 11, pp. 49-60.

33. ERIC, C. *Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children* Reston VA resource page. *Early Intervention for Infants and Toddlers: A Team Effort*. ERIC Digest #461. ED313867 1989-00-00. Web site: <http://www.ericdigests.org/pre-9213/early.htm> Accessed August 7, 2014

34. Moore, T. *Teamwork in early childhood intervention service: recommended practices*. Forms of teamwork. (September, 2013). <https://www.researchgate.net/publication/290438293>

35. White RK, Taylor JM, Moss DV. *Does Research Support Claims About the Benefits of Involving Parents in Early Intervention Programs?* Review of educational research Spring 1992 vol. <https://journals.sagepub.com/doi/10.3102/00346543062001091>

36. Woods, J. and Goldstein, H. (2007). *Family Guided Routines Based Early Intervention (FGRBI) in Early Head Start*. Poster presented at the American Speech-Language-Hearing Association, Boston, MA.

37. Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development. International Encyclopedia of Education*, 3(2), 37-43.

38. Mariona Dalmau, Anna Balcells-Balcells, Climent Giné, Margarita Cañadas, Olga Casas, Yolanda Salat Verònica Farré and Núria Calaf (2017) *How to implement the family-centered model in early intervention* <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.3.263611/215281>

39. 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(1), 3-19.

40. Dunst, C. J., Bruder, M.B., Trivette, C.M., Hamby, D.W., (2001) *Young children's natural learning environments: contrasting approaches to early childhood intervention indicate differential learning opportunities*. PMID: 15825934 DOI: [10.2466/pr0.96.1.231-234](https://doi.org/10.2466/pr0.96.1.231-234)

41. Kasari, C., Gulsrud, A., Wong, C., Kwon, S., & Locke, J. (2010). *Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism*. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 40, 1045- 1056.

42. Turnbull, A.P., Turnbull, H.R., Poston, D., Beegle, G., Blue-Banning, M., Frankland, H.C., Summers, J.A. (2004). *Enhancing quality of life of families of children and youth with disabilities in the United States*. In A. Turnbull, I. Brown & R. Turnbull (Eds.), *Families and people with mental retardation and quality of life: International perspectives* (pp. 51-100). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
43. Moeller, M.P., 2001. *Intervention and Outcomes for Young Children Who are Deaf and Hard of Hearing and Their Families*. E. Kurtzeer-White, D. Luterman, eds. 2001. *Early Childhood Deafness*. Baltimore: York Press, Inc, p.p. 109-138.
44. Landry, S.H., Smith, K.E., Swank, P.R., Assel, M.A., & Vellet, S. (2001). *Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?* *Developmental Psychology*, 37, 387-403., Ladd, Pro- filet, & Hart, 1992; NICHD Early Child Care Research Network, 2001).
45. Bernheimer, L.P., & Keogh, B.K. (1995). Weaving interventions into the fabric of everyday life: An approach to family assessment. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15, 415-433.
46. Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). *Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment*. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 33-71). New York: John Wiley & Sons.
47. Emde R. N., Robinson, J., 2000. *Guiding Principles for a Theory of Early Intervention: A Developmental-Psychoanalytic Perspective*. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, eds. 2000. *Handbook of Early Childhood*. tilrevenonCambridge: University Press, p.p. 160
48. Bagnato, S.J. , Neisworth ,J. T. and Munson, S. M .,1993,*Sensible strategies for assessment in early Intervention chapter seven* . D.M. Biyant, M.A. Graham, eds.2000 *early intervention: From research to effective .tircepa*New York: The Guilford
49. <https://ectacenter.org/topics/eiservices/keyprinkeyprac.asp>
50. Petr, C. G., & Allen, R. I. (1997). *Family-Centered Professional Behavior*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 196-204. doi:10.1177/106342669700500402
51. Miller, L. J. and Hanft, B. E. (1998). Building positive alliances: *Partnerships with families as the cornerstone of developmental assessment*. *Infants & Young Children*, 11, pp. 49-60
52. Kosicek, T., Kobetic,D., Stanicic, J., Jokobic Oreb, I., 2009 *Istrazivanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu*. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, Vol 45, br. 1, 1-14.
53. Karovska Ristovska, A., (2019). *EVIDENCE BASED PRACTICES IN EARLY INTERVENTION*. January 2019. DOI:[10.37510/godzbo1972489kr](https://doi.org/10.37510/godzbo1972489kr)
54. Woods, J. And Goldstein, H. (2007). *Family Guided Routines Based Eatly Intervention in Early Head Start*.Poster presented at the american Speech Language-Hearing Association, Boston, MA. Retrived from <http://fgrbi.fsu.edu/handouts/approach2/Routines2014.pdf>

55. Goodman, J.F. (1992). *When slow is fast enough: Educating the delayed preschool child* Guilford Press, New York, NY.
56. Каровска, А., Јачова, З. Транзиции на децата со попреченост од сервисите за рана интервенција во редовните инклузивни училишта. Дефектолошка теорија и практика 2006;
57. Weintraub, H.Bacon., Wilcox, .,2004. *ATandYoungChildren: Confidence,Experienceand Education of Early Intervention Providers. Research Brief*, vol 1/2, Tots n Tech Research Institute [online] : < <http://tnt.asu.edu>>  
[https://cpin.us/sites/default/files/fcab\\_resources/fcab\\_res\\_eld/fcab\\_eld\\_pel2012/CH7ext/handouts/HO\\_6\\_AssistiveTechToolkit.pdf](https://cpin.us/sites/default/files/fcab_resources/fcab_res_eld/fcab_eld_pel2012/CH7ext/handouts/HO_6_AssistiveTechToolkit.pdf)
- 58.Parents, Let's Unite for Kids (PLUK) in cooperation with The Federation for Children with Special Needs. 1997. *Family Guide to Assistive Technology*. [online]: <http://www.pluk.org/AT1.html>
59. Swint, Y., 2001. Assistive technology: Computers and Augmentative Communication. J. Case-Smith, ed. 2001. *Occupational therapyfor children*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc, p.p. 571-605.
60. Симпозиум со меѓународно учество (2011). *Рана интервенција и развојни пореметувања* : Зборник на трудови, Охрид, мај 2011.
61. UNESCO 1994. *The Salamanca World Conerence Declaration*. Paris: UNESCO.
62. Веќировиќ, S., (2004). *Determinante inkluzivne edukacije; u: zbornik radova: Inkluzija u školstvu Bosne и Hercegovine*; Sarajevo: TEPD i Filozofski fakultet u Sarajevu. 102
63. Конвенција за правата на лицата со попреченост, Достапно на <https://nsiom.org.mk/konvencija>
64. Конвенција за правата на детето, Достапно на <http://www.childresembassy.org.mk/WBStorage/Files/konvencija%20celosna.pdf>
65. Изјавата на УНЕСКО за образование засновано на посебни потреби од Саламанка (Изјавата од Саламанка) Достапно до [https://www.unesco.de/fileadmin/medien/Dokumente/Bildung/Salamanca\\_Declaration.pdf](https://www.unesco.de/fileadmin/medien/Dokumente/Bildung/Salamanca_Declaration.pdf)
66. Закон за заштита на децата (Консолидиран текст)  
<http://www.mtsp.gov.mk/content/pdf/zakoni/2018/198%202018%20ZAKON%20ZA%20ZASTITA%20NA%20DECATA%20%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%81%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%BD%20%D1%82%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82-converted.pdf>
67. Копачев, Д., Настов, П., Наумовска, Љ., Мираковска, В., Сулејман, О., Димитрова, Д. *Раниот третман како фундамент за успешна интеграција на деца со пречки во развојот, во средини на своите врстници во предучилишната возраст*. Дефектолошка теорија и практика <http://jser.fzf.ukim.edu.mk/index.php/component/content/article/273-1997/1997-3-articles/2447-2009-08-24-18-30-01>

68. Вклученост на децата со попреченост во предучилишното образование: извештај од истражување – Скопје: Народен правобранител на Република Македонија, 2018.  
[https://www.unicef.org/northmacedonia/media/4386/file/MK\\_CWDInKindergarten\\_Report\\_MK.pdf](https://www.unicef.org/northmacedonia/media/4386/file/MK_CWDInKindergarten_Report_MK.pdf)
69. Darling, N., & Steinberg, L. (1993). *Parenting style as context: An integrative model*. *Psychological Bulletin*, 113, 487–496.
70. Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
71. Bornstein, M. (1985). *How infant and mother jointly contribute to developing cognitive competence in the child*. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 82, 7470–7473.
72. Akhtar, N., Dunham, F., & Dunham, P. J. (1991). Directive interactions and early vocabulary development: The role of joint attention focus. *Journal of Child Language*, 18, 41–49.
73. Brachfeld, S., Goldberg, S., & Sloman, J. (1980). *Parent–infant interaction in free play at 8 and 12 months: Effects of prematurity and immaturity*. *Infant Behavior & Development*, 3, 289–305.
74. Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., & Miller-Loncar, C. L. (2000). *Early maternal and child influences on children's later independent cognitive and social functioning*. *Child Development*, 71, 358–375.
75. M.S. Innocenti, L.A. Roggman, and G.A. Cook – во истражувањето Using the PICCOLO with parents of children with a disability  
[https://www.academia.edu/19449113/Using\\_the\\_PICCOLO\\_with\\_Parents\\_of\\_Children\\_with\\_a\\_Disability](https://www.academia.edu/19449113/Using_the_PICCOLO_with_Parents_of_Children_with_a_Disability)
76. Vilaseca et al.(2019). *Spanish Validation of the PICCOLO*, *Frontiers in Psychology*, Volume 10 | Article 680
- 77.[https://www.researchgate.net/publication/263312391\\_Turkish\\_Validation\\_of\\_the\\_PICCOLO\\_Parenting\\_Interactions\\_with\\_Children\\_Checklist\\_of\\_Observations\\_Linked\\_to\\_Outcomes](https://www.researchgate.net/publication/263312391_Turkish_Validation_of_the_PICCOLO_Parenting_Interactions_with_Children_Checklist_of_Observations_Linked_to_Outcomes)  
 DOI:[10.1002/imhj.21393](https://doi.org/10.1002/imhj.21393)
78. Tuttle, A. R., Knudson-Martin, C., and Kim, L. (2012). *Parenting as relationship: a framework for assessment and practice*. *Fam. Process*. 51, 73–89. doi: 10.1111/j.1545-5300.2012.01383. x
79. Vilaseca, R., Rivero, M., Bersabé, R. M., Cantero, M.-J., Navarro-Pardo, E., Valls-Vidal, C., & Ferrer, F. (2019). *Demographic and Parental Factors Associated With Developmental Outcomes in Children With Intellectual Disabilities*. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.0087
81. Sohr-Preston, S. L., Scaramella, L. V., Martin, M. J., Neppl, T. K., Ontai, L., and Conger, R. (2013). *Parental socioeconomic status, communication, and children's vocabulary development: a third-generation test of the family investment model*. *Child Dev*. 84, 1046–1062. doi: 10.1111/cdev.12023



81. Roubinov, D. S., and Boyce, W. T. (2017). *Parenting and SES: relative values or enduring principles?* *Curr. Opin. Psychol.* 15, 162–167. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.001
82. Steinberg, L. (2001). *We know some things: adolescent-parent relationships in retrospect and prospect.* *J. Res. Adolesc.* 11, 1–20. doi: 10.1111/1532-7795.00001
83. Tamis-LeMonda, C. S., Briggs, R. D., McClowry, S. G., and Snow, D. L. (2009). *Maternal control and sensitivity, child gender, and maternal education in relation to children's behavioral outcomes in African American families.* *J. Appl. Dev. Psychol.* 30, 321–331. doi: 10.1016/j.appdev.2008.12.018
84. Cheng, Z. P. (2003). Research in deformity of neural tube. *Prac. Prev. Med.* 10, 21–25.
85. Emerson, E., Graham, H., and Hatton, C. (2006). “The measurement of poverty and socioeconomic position in research involving people with intellectual disability,” in *International Review of Research in Mental Retardation*, ed. L. M. Glidden (New York, NY: Academic Press), 77–108.
86. Emerson, E., and Hatton, C. (2007). *Contribution of socioeconomic position to health inequalities of British children and adolescents with Intellectual Disabilities.* *Am. J. Ment. Retard.* 112, 140–150. doi: 10.1352/0895-8017(2007)112[140:COPTH]2.0.CO;2
87. Zheng, X., Chen, R., Li, N., Du, W., Pei, L., Zhang, J., et al. (2012). *Socioeconomic status and children with intellectual disability in China.* *J. Int. Disabil. Res.* 56, 212–220. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01470.x
88. Saunders, B. S., Tilford, J. M., Fussell, J. J., Schulz, E. G., Casey, P. H., and Kuo, D. Z. (2015). *Financial and employment impact of intellectual disability on families of children with autism.* *Fam. Syst. Health* 33, 36–45. doi: 10.1037/fsh0000102
89. Anderson, S., Roggman, L. A., Innocenti, M. S., & Cook, G. A. (2013). *Dads' Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes (PICCOLO-D).* *Infant Mental Health Journal*, 34(4), 339–351. doi:10.1002/imhj.2139
90. Roggman, L.A., Cook, G.A., Innocenti, M.S., Jump Norman, V.K., & Christiansen, K., (2013b). *Parenting interactions with children: Checklist of observations linked to outcomes (PICCOLO).* Balti- more: Brookes.
92. Benzies, K., Magill-Evans, J., Harrison, M.J., McPhail, S., & Kimak, C. (2008). Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention? *Public Health Nursing*, 25, 431–439.
93. Cabrera, N., Fitzgerald, H.E., Bradley, R.H., & Roggman, L. (2007). *Modeling the dynamics of paternal influences on children over the life course.* *Applied Developmental Science*, 11, 1–5.
94. Cabrera, N.J., Fagan, J., Wight, V., & Schadler, C. (2011). *Influence of mother, father, and child risk on parenting and children's cognitive and social behaviors.* *Child Development*, 82(6), 1985–2005.

95. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
96. Fletcher, R. (2011). *The dad factor: How the father–baby bond helps a child for life*. Sydney, Australia: Finch.
97. Lamb, M. E. (1977). *The development of mother-infant and father-infant attachments in the second year of life*. *Developmental Psychology*, 13(6), 637–648. doi:10.1037/0012-1649.13.6.637
98. Grossmann, K., Grossmann, K.E., Kindler, H., & Zimmermann, P. (2008). A wider view of attachment and exploration: *The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood*. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 857–879). New York: Guilford Press.
99. Kochanska, G., & Kim, S. (2013). *Early attachment organization with both parents and future behaviors problems: From infancy to middle childhood*. *Child Development*, 84(1), 283–296.
100. Ryan, R.M., Martin, A., & Brooks-Gunn, J. (2006). *Is one good parent good enough? Patterns of mother and father parenting and child cognitive outcomes at 24 and 36 months*. *Parenting: Science and Practice*, 6(2), 221–228.
101. Van IJzendoorn, M.H., & De Wolff, M.S. (1997). In search of the absent father—Meta-analyses of infant–father attachment: A rejoinder to out discussants. *Child Development*, 68, 604–609.
102. McQuillan ME, Bates JE. *Parental Stress and Child Temperament. Parental Stress and Early Child Development*. Springer; 2017. pp. 75–106.
103. Ward KP, Lee SJ. *Mothers' and fathers' parenting stress, responsiveness, and child wellbeing among low-income families*. *Child Youth Serv Rev*. 2020;116: 105218. pmid:32801410
104. Shawler PM, Sullivan MA. (2017). *Parental Stress, Discipline Strategies, and Child Behavior Problems in Families with Young Children with Autism Spectrum Disorders*. *Focus Autism Other Dev Disabl.*;32: 142–151.
105. Theule J, Cheung K, Aberdeen K. (2018). *Children's ADHD Interventions and Parenting Stress: A Meta-Analysis*. *J Child Fam Stud*. 27: 2744–2756.
106. Lindo EJ, Kliemann KR, Combes BH, Frank J. (2016). *Managing Stress Levels of Parents of Children with Developmental Disabilities: A Meta-Analytic Review of Interventions*. *Fam Relat.*;65: 207–224.
107. Wakschlag LS, Hans SL.(1999). *Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high-risk youths*. *Developmental Psychology*. Published online:569-579. doi:10.1037/0012-1649.35.2.569

108. Healy KL, Sanders MR, Iyer A. (2013). *Parenting Practices, Children's Peer Relationships and Being Bullied at School. J Child Fam Stud.* Published online September 11, 127-140. doi:[10.1007/s10826-013-9820-4](https://doi.org/10.1007/s10826-013-9820-4)
109. Landry SH, Smith KE, Swank PR, Guttentag C. A (2008). *responsive parenting intervention: The optimal timing across early childhood for impacting maternal behaviors and child outcomes. Developmental Psychology.* Published online:1335-1353. doi:10.1037/a0013030
110. Cabral de Mello, M. (2006). *Responsive parenting: interventions and outcomes. Bull World Health Organ.* Published online December 1,:991-998. doi:10.2471/blt.06.030163.
111. Savage JS, Birch LL, Marini M, Anzman-Frasca S, Paul IM. (2016). *Effect of the INSIGHT Responsive Parenting Intervention on Rapid Infant Weight Gain and Overweight Status at Age 1 Year. JAMA Pediatr.* Published online August 1,:742. doi:[10.1001/jamapediatrics.2016.0445](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0445)
112. Waters, E., Sroufe, L.A. (1983). *Social competence as a developmental construct. Developmental Review.* Published online March 1983:79-97. doi:10.1016/0273-2297(83)90010-2
113. Landry SH, Smith KE, Swank PR. (2006). Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Dev Psychol.* 42(4):627. doi:[10.1037/0012-1649.42.4.627](https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.4.627)
114. Shumov, L., Vandell, D.L., Poaner, J.K. (1998). *Harsh, Firm, and Permissive Parenting in Low-Income Families. Journal of Family Issues.* Published online September 1998:483-507. doi:10.1177/019251398019005001
115. Landry, S.H., Smith KE, Swank PR, Assel MA, Vellet S. (2001). *Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? Developmental Psychology.* Published online 2001:387-403. doi:10.1037/0012-1649.37.3.387
116. Landry, S.H., Smith, K.E., Swank, P.R. (2011). *The Importance of Parenting During Early Childhood for School-Age Development. Dev Neuropsychol.* 24(2):559-591. doi:[10.1080/87565641.2003.9651911](https://doi.org/10.1080/87565641.2003.9651911)

## VI. Прилог 1.

Име:

Датум на раѓање на детето:

Датум на тестирање:

ПИКОЛО – Parenting interactions with Children

*Чек – листа за опсервации поврзани со исходи*

Инструкции: Набљудувајте внимателно за да забележите однесувања кај повлечени родители. Фреквенцијата е поважна отколку комплексноста, но комплексноста од друга страна може да вклучува повеќе примери.

Скорување:	0 „Отсуство“ – не е опсервирано такво однесување
	1 „Едвај“ – кратко, минорно или почеток на одредено однесување
	2 „Јасно“ – дефинитивно, силно, или фреквентно однесување

<b>ЕМОЦИИ (АФЕКЦИЈА)</b>					
Топлина, физичка блискост, и позитивни експреси кон детето					
	Родителот...	Насоки за опсервација	Отсутен	Едвај присутен	Јасно присутен
1.	Зборува со топол тон на гласот	Гласот на родителите е со позитивен тон и може да покаже ентузијазам или нежност. Родител кој зборува малку но многу топло може да се оцени високо.	0	1	2
2.	Се насмевнува кон детето	Родителот ја насочува насмевката кон детето, но родителот и детето не мора да се гледаат еден со друг кога настанува насмевката. Вклучени се и малите насмевки.	0	1	2
3.	Го пофалува детето	Родителите кажуваат нешто позитивно за карактеристиките или за тоа што прави детето. „Благодарам“ може да се смета за пофалба.	0	1	2
4.	Физички е блиску до детето	Родителот е во дофатот на рацете на детето, доволно блиску да му помогне или да го утеши ако е потребно. Земете го ова предвид: Очекувајте поголема близина при читање на книга отколку при играње игри.	0	1	2
5.	Употребува позитивни експреси со детето	Родителот кажува позитивни работи или употребува зборови како „душо“, „маче“, или било кој афективен прекар. (Забелешка: Вниманието да е насочено кон вербални експреси).	0	1	2
6.	Вклучен е во интеракција со детето	Родителот е активно вклучен заедно со детето, не само со активности или со друго возрасно лице.	0	1	2
7.	Покажува емоционална топлина	Родителот покажува уживање, пријатност или друга позитивна емоција за детето и ја насочува кон детето. (Забелешка: Вклучува и вербални изрази но вниманието да е насочено кон невербалните).	0	1	2
КОМЕНТАРИ:				ВКУПНО:	

Име:

Датум на раѓање на детето:

Датум на тестирање:

ПИКОЛО – Parenting interactions with Children

Чек – листа за опсервации поврзани со исходи

Инструкции: Набљудувајте внимателно за да забележите однесувања кај повлечени родители. Фреквенцијата е поважна отколку комплексноста, но комплексноста од друга страна може да вклучува повеќе примери.

Скорување:	0 „Отсуство“ – не е опсервирано такво однесување
	1 „Едвај“ – кратко, минорно или почеток на одредено однесување
	2 „Јасно“ – дефинитивно, силно, или фреквентно однесување

<b>РЕСПОНСИВНОСТ</b>					
Одговор кон знаците, емоциите, зборовите, интересите и однесувањата на детето					
	Родителот...	Насоки за опсервација	Отсутен	Едвај присутен	Јасно присутен
1.	Внимава што прави детето	Родителот гледа и реагира кон тоа што го прави детето преку коментирање, покажување интерес, помагање, или на било кој начин внимавање кон акциите на детето.	0	1	2
2.	Менува темпо или активност за да ги пресретне детските интереси или потреби	Родителот пробува нова активност или во текот на активност забрзува или забавува како одговор на тоа каде гледа детето, што пробува да дофати, што кажува детето или која емоција ја покажува детето.	0	1	2
3.	Флексибилен е во врска со промената на детските интереси или потреби	Родителот го прифаќа изборот на нова активност од страна на детето или покажува согласување во врска со промената на активност или играњето на детето на невообичаени начини или без играчки.	0	1	2
4.	Следи што сака да направи детето	Родителот и реагира и се вклучува во детските активности.	0	1	2
5.	Одговара на детските емоции	Родителот реагира на детските позитивни или негативни чувства преку покажување на прифаќање, сугерирајќи решение, повторно вклучување на детето, преку покажување на слично чувство или обезбедување на емпатија за негативни чувства.	0	1	2
6.	Гледа кон детето кога тоа зборува или прави звуци	Кога детето прави звуци, родителот јасно гледа кон лицето на детето или (ако очите на детето не се видливи) позицијата на родителот и движењето на главата е кон детето.	0	1	2
7.	Одговара на детските зборови или звуци	Родителот повторува што кажува детето или звукот што го прави детето, зборува за тоа што го кажува детето или што се обидува да го каже, или одговара на прашањата на детето.	0	1	2
КОМЕНТАРИ:				ВКУПНО:	

Име:

Датум на раѓање на детето:

Датум на тестирање:

ПИКОЛО – Parenting interactions with Children

Чек – листа за опсервации поврзани со исходи

Инструкции: Набљудувајте внимателно за да забележите однесувања кај повлечени родители. Фреквенцијата е поважна отколку комплексноста, но комплексноста од друга страна може да вклучува повеќе примери.

Скорување:	0 „Отсуство“ – не е опсервирано такво однесување
	1 „Едвај“ – кратко, минорно или почеток на одредено однесување
	2 „Јасно“ – дефинитивно, силно, или фреквентно однесување

### ОХРАБРУВАЊЕ

Активна поддршка на истражувањето, вложениот напор, вештините, иницијативата, љубопитноста, креативноста и играта.

	Родителот...	Насоки за опсервација	Отсутен	Едвај присутен	Јасно присутен
1.	Чека на одговорот на детето откако ќе даде сугестија	Родителот паузира откако ќе каже нешто што детето може да го направи и чека детето да одговори или да направи нешто, без разлика дали детето одговара или не.	0	1	2
2.	Го охрабрува детето да си игра со играчки	Родителот му нуди играчки на детето или кажува позитивни нешта кога детето покажува очигледен интерес за играчки (не вклучува спречување на детето да ја стави играчка во уста).	0	1	2
3.	Го поддржува детето додека прави избори	Родителот му овозможува на детето да ја избере активноста или играчката и се вклучуваат во играњето.	0	1	2
4.	Го поддржува детето во самостојното изведување на работи	Родителот покажува ентузијазам за работите кои детето се обидува да ги направи без помош, му дава можност на детето да избере како да се прават работите, и му дава на детето да се обиде на ги направи работите пред да понуди помош или сугестии. Родителот може да се вклучи во активности кои детето ги прави самостојно.	0	1	2
5.	Вербално ги поддржува напорите на детето	Родителите покажуваат вербален ентузијазам, даваат позитивни коментари, или даваат сугестии за активноста на детето.	0	1	2
6.	Дава сугестии за да му помогне на детето	Родителите даваат навестувања или прават коментари за да ги олеснат работите за детето без да се вмрежуваат во играта на детето.	0	1	2
7.	Покажува ентузијазам во врска со тоа што го прави детето	Родителот дава позитивни изјави, удира со рацете, или покажува друг јасен позитивен одговор на тоа што детето го прави, вклучувајќи тивок ентузијазам како што е галење на детето, кимнување, насмевнување или поставување прашања на детето во врска со активностите.	0	1	2
КОМЕНТАРИ:				ВКУПНО:	

Име:

Датум на раѓање на детето:

Датум на тестирање:

ПИКОЛО – Parenting interactions with Children

Чек – листа за опсервации поврзани со исходи

Скорување:	0 „Отсуство“ – не е опсервирано такво однесување
	1 „Едвај“ – кратко, минорно или почеток на одредено однесување
	2 „Јасно“ – дефинитивно, силно, или фреквентно однесување

<b>ПОДУЧУВАЊЕ</b>					
Спodelување на конверзација и игра, когнитивна стимулација, објаснувања и прашања					
	Родителот...	Насоки за опсервација	Отсутен	Едвај присутен	Јасно присутен
1.	Дава причини на детето за нешто	Родителот кажува нешто што може да одговори на прашањето „зошто“, без разлика дали детето го поставува прашањето или не.	0	1	2
2.	Сугерира активности за проширување на тоа што го прави детето	Родителот кажува нешто што може да се додаде на тоа што детето веќе го прави, но не ги попречува детските интереси, акции или игра.	0	1	2
3.	Повторува или ги проширува детските зборови или звуци	Родителот ги кажува истите зборови или ги прави истите звуци кои детето ги прави, повторува што прави детето или додава нешто кон таа идеја.	0	1	2
4.	Означува објекти или активности за детето	Родителот го именува тоа што детето го прави, со коешто си игра или кон кое што гледа.	0	1	2
5.	Се вклучува во игра со преправање со детето	Родителот си игра игра со преправање, на пример преправање дека јаде.	0	1	2
6.	Прави активности во секвенци на чекори	Родителот демонстрира или го опишува редоследот на чекори или прави активност на начин со кој има дефиниран редослед на чекори дури и кога родителот не е сигурен кои се тие чекори. Читањето на книги се брои само кога родителот ги прави тие чекори експлицитно преку претерување или објаснување на чекорите додека чита.	0	1	2
7.	Зборува со детето во врска со карактеристиките на објектите	Родителот користи зборови или фрази кои опишуваат карактеристики како што се боја, текстура, движење, функција или други карактеристики.	0	1	2
8.	Го прашува детето за информација	Родителот поставува било какво прашање или вели „кажи ми“, „покажи ми“, или други команди кои бараат да/не одговор, долг одговор или краток одговор- без разлика дали детето одговара или не. Не вклучува прашања со цел да се насочи вниманието (Гледаш/) или кои сугерираат активности (Сакаш да ја отвориш торбата?)	0	1	2
КОМЕНТАРИ:				ВКУПНО:	