

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Снежана Б. Илић

Деца са сметњама у развоју у редовним
предшколским групама: нови поступци
идентификације, процене и подршке

Докторска дисертација

Београд, 2014

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND REHABILITATION

Snežana B. Ilić

Children with developmental delay in regular
preschool groups: new procedures of
identification, assessment and support

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2014

Ментор:

Др Снежана Николић, редовни професор, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.

Чланови комисије:

Др Снежана Николић, редовни професор, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, ментор.

Др Данијела Илић Стошовић, ванредни професор, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, председник.

Др Шпела Голубовић, редовни професор, Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет, члан.

Датум одбране: _____

Деца са сметњама у развоју у редовним предшколским групама: нови поступци идентификације, процене и подршке

РЕЗИМЕ

Правовремено откривање деце са сметњама у развоју, рана идентификација основних и пратећих развојних проблема, адекватан систем подршке у предшколским групама, угрожени су, одавно приметним, недостатком адекватних инструмената, у разним сегментима процене. У неким случајевима развојне сметње и специфичне развојне тешкоће остају неопажене од стране родитеља, васпитача, стручних сарадника или неправилно интерпретиране, што може да доведе до значајних развојних компликација, нарочито од момента укључивања детета у основно-школски систем. Управо је предшколски период прилика да се, применом поузданих, валидних и за нашу популацију адаптираних и стандардизованих инструмената и техника, таква деца на време препознају и да им се пружи адекватна подршка, прилагођена актуелном нивоу и развојним могућностима детета, која може да обезбеди квалитетну сазнајну интеракцију у васпитној групи.

Циљ истраживања ове студије био је утврђивање стандардне процедуре и избора адекватних метода за процену деце предшколског узраста, кроз прилагођавање постојећих и развој неопходних инструмената у различитим доменима процене детета са развојним сметњама, као и формулисање конкретних поступака у идентификацији области неопходне подршке и интервенције, на нивоу саме предшколске установе.

Узорак истраживања чини 289 деце укључене у Предшколске установе Раковица и Палилула, узраста од три до седам година, 289 родитеља, 63 васпитача и 12 чланова стручне службе, запослених у овим установама.

Неки од значајних резултата наше студије говоре да је код деце утврђено 25% и више кашњења према PEDS DM тесту, у развојним доменима: фина моторика 3.2% деце, самопомоћ 2.8% деце, рецептивни говор 1.7%, експресивни говор 7.6% деце, груба моторика 7.5%, 6.4% у домену социо-емоционалног развоја, а 7.3% деце у домену академских вештина. Кашњења једнака или већа од 25%, према критеријумима PEDS DM-а улазе у домен поремећаја и деца се упућују у службе специјалне едукације. Око 20 % деце овог узорка показује кашњење од 15-25% у свим испитиваним доменима. Овакви резултати нам говоре да

је одређен број деце неопходно надгледати и додатно проценити у оквиру сваког развојног домена, осмислити подршку за њих у васпитно-образовном систему и едуковати родитеље, како би подржали даљи напредак деце. Забринутост за своје дете изражава 30.1% родитеља, без инструмента. Према PEDS-у највише забринутости родитељи исказују за понашање детета (30.8%), затим за говор (26.3%) и за слагање детета са другима (21.1%). У постојећој процедури предшколских установа не постоји процедура у оквиру које се бавимо родитељским забринутостима. У ситуацији када се инструмент користи, више родитеља је спремно да изрази забринутост, него када инструмента нема.

Процена васпитача (БЕК) показала је више развојних кашњења у доменима понашања, односа према другима, говора, фине и грубе моторике, у односу на родитељске забринутости изказане PEDS-ом. С друге стране, извештај број родитеља је изразио забринутост, а васпитачи ту децу нису приметили ни описали као децу која се издвајају. Од укупно примећене деце, према тврдњама васпитача, упућивање стручној служби изврши се за 77.6%, док 22.4% деце остане по страни. Постоји висок проценат деце која остају примећена, али не и упућена у даљу процедуру.

Добијени резултати дају потпунији увид у постојећу праксу идентификације, процене и подршке деци са развојним кашњењима и развојним сметњама у предшколским установама и потребу увођења нових инструмената у ову процедуру. Увођење БЕК процене васпитачима, путем свакодневног посматрања, олакшава рано откривање заостајања у развоју и неуобичајено понашање деце, као и регистрацију, разврставање и сарадњу са стручном службом. Увођење родитељске евалуације развојног статуса детета (PEDS) родитељима може омогућити објективнију развојну процену детета и упутства за пожељну родитељску праксу. Увођење PEDS DM инструмента стручним службама обезбеђује прецизан, валидни, развојно бихејвиорални скрининг, који пружа могућност откривања, праћења и контроле развоја детета и одређење свих процедура ране интервенције.

Постојећи систем подршке деци са сметњама у развоју није свеобухватан и потпун. Предлог процедуре (идентификација, праћење и подршка деци са развојним кашњењима / сметњама у предшколским установама) и критеријуми за израду индивидуалних образовних планова изложени су у овом раду.

Васпитачи и чланови стручне службе показују висок степен слагања, исказан статистичком значајношћу, по питању тврдње о потреби дефектолога, као стручног сарадника, у оквиру предшколских установа.

Кључне речи: деца са сметњама/кашњењима у развоју, идентификација, процена, подршка, инструменти за рано откривање развојних кашњења.

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Соматопедија

Children with developmental delay in regular preschool groups: new procedures of identification, assessment and support

ABSTRACT

Timely detection of children with disabilities, early identification of primary and associated development problems, and an adequate support system in preschool groups are threatened by the lack of appropriate instruments noticeable for a long time in various segments of the assessment. In some cases, developmental disorders, and specific developmental difficulties remain undetected by parents, teachers, associates, or are interpreted incorrectly, which can lead to significant development of complications, especially from the moment the child is included in the primary school system. It is the preschool period that presents an opportunity to recognize such children by using reliable, valid and for our population adapted and standardized tools and techniques, and provide them with adequate support, tailored to the current level and developmental capabilities of the children, which can provide high-quality cognitive interaction in an educational group.

The aim of this study was to determine the standard procedure and the choice of appropriate methods for assessment of preschool children through adaptation of the existing tools and development of the necessary ones in various domains of the assessment of a child with developmental disabilities, as well as the formulation of specific procedures to identify the areas of needed support and intervention at the preschool level.

The sample consisted of 289 preschool children from “Rakovica” and “Palilula”, aged three to seven, 289 parents, 63 teachers and 12 members of the expert service staff in these institutions.

Some of the important results of our study indicate that children showed 25% or greater delay in development areas according to PEDS DM test: in the area of fine motor 3.2% of children, self-help 2.8% of children, receptive language 1.7% of children, expressive language 7.6% of children, in the area of gross motor 7.5% of children, in the domain of socio-emotional development 6.4% of children, and in the domain of academic skills 7.3% of children. The delays equal to or greater than 25%, according to the PEDS DM criteria belong to the domain of the disorder and the children are referred to special education services. Approximately 20% of the children of this sample show a delay of 15-25% in all the tested domains. These results tell us that a number of the children have to be monitored and further assessed within each developmental

domain, that it is necessary to design the support for them in the educational system and to educate parents, to support further development of the children. 30.1% of parents express concern for their child. According to PEDS they are most concerned about the child's behavior (30.8%), speech (26.3%), and how the child gets along with others (21.1%). In the existing procedure of preschools there are no procedures dealing with parental concerns. More and more parents are willing to express concern when the instrument is used than when there is no instrument at all.

Teachers' assessment (BEK) showed more developmental delays in the areas of behavior, relationships with others, speech, fine and gross motor skills in relation to parental concerns expressed by means of PEDS. On the other hand, a number of parents expressed their concern, but teachers neither detected those children nor described them as the children that are different in any way. According to teachers' claims, out of the total number of the detected children 77.6% of them are referred to expert services, while 22.4% of the children remain on the sidelines. There is high percentage of children who are detected but not addressed in the further procedure.

The results give a comprehensive insight into the current practices of identification, assessment and support for children with developmental delays and behavioral disorders in preschools and the need to introduce new instruments in this procedure. Introducing the BEK assessment to teachers, through daily observation, facilitates early detection of developmental delay and abnormal behavior of children, as well as registration, classification and co-operation with expert services. The introduction of parental evaluation of the child's developmental status (PEDS) will enable parents to make a more objective assessment of their child development and will provide guidelines for preferred parental practice. Introducing the PEDS DM instrument to expert services ensure accurate, valid, developmental and behavioral screening, which provides an opportunity to detect, monitor and control the child's development and the definition of all procedures for early intervention.

The current system of support for children with disabilities is not comprehensive and complete; the proposed procedure (identification, monitoring and support of children with developmental delays/disabilities in preschools) and criteria for the development of individual education plans have been proposed and presented in this paper.

Teachers and members of expert services show a high degree of agreement, expressed by statistical significance, regarding the claims about the need for special education teachers as associates within preschool institutions.

Key words:Children with disabilities/developmental delay, identification, assessment, support, instruments for early detection of developmental delay.

Academic Expertise: Special education and rehabilitation

Field of Academic Expertise: Special education and rehabilitation in physical disability

САДРЖАЈ

УВОД	1
<u>I ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА</u>	<u>2</u>
ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ	3
УЧЕСТАЛОСТ ДЕЦЕ СА РАЗВОЈНИМ СМЕТЊАМА	10
ИДЕНТИФИКАЦИЈА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА/ КАШЊЕЊИМА	12
ПРАЋЕЊЕ И ПРОВЕРА РАЗВОЈНОГ СТАТУСА ДЕЦЕ	17
ПРАЋЕЊЕ (НАДГЛЕДАЊЕ) РАЗВОЈА.	17
ПРОВЕРА РАЗВОЈНОГ СТАТУСА	20
ИНСТРУМЕНТИ И ЊИХОВЕ МОГУЋНОСТИ КРОЗ ПОКАЗАТЕЉЕ СПРОВЕДЕНИХ СТУДИЈА	22
ИСТРАЖИВАЊА О КОРИШЋЕЊУ ИНФОРМАЦИЈА ДОБИЈЕНИХ ОД РОДИТЕЉА	25
ЕФИКАСНОСТ РАНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ И ПРЕДШКОЛСКИХ ПРОГРАМА	26
ПОДРШКА ДЕЦИ СА РАЗВОЈНИМ КАШЊЕЊЕМ/СМЕТЊАМА	40
ПРИСТУП ПОРОДИЦА У ЦЕНТРУ	54
САРАДЊА ИЗМЕЂУ ПОРОДИЦЕ И ПРОФЕСИОНАЛАЦА	58
САРАДЊА МЕЂУ СТРУЧЊАЦИМА (ПРОФЕСИОНАЛЦИМА)	60
САРАДЊА ИЗМЕЂУ АГЕНЦИЈА/СЛУЖБИ ЗА ПОДРШКУ И РАНУ ИНТЕРВЕНЦИЈУ	64
<u>II ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА, ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ</u>	<u>65</u>
ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА	66
ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА	66
ХИПОТЕЗЕ	67
<u>III МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА</u>	<u>68</u>
УЗОРАК	69
ВАРИЈАБЛЕ	73
РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА	74
ОПИС ИНСТРУМЕНАТА	75
СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА	79
<u>IV РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА</u>	<u>80</u>
МОГУЋНОСТИ ВАСПИТАЧА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ	81
ИДЕНТИФИКАЦИЈА РАЗВОЈНОГ СТАТУСА ДЕЦЕ БЕЗ ИНСТРУМЕНАТА (ПОСТОЈЕЋА ПРАКСА У ПУ)	81
ИДЕНТИФИКАЦИЈА ТЕШКОЋА БЕК ТЕСТОМ	82
МОГУЋНОСТИ РОДИТЕЉА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ	102

ИДЕНТИФИКАЦИЈА РАЗВОЈНОГ СТАТУСА ДЕЦЕ БЕЗ ИНСТРУМЕНТА	102
ЕВАЛУАЦИЈА РАЗВОЈНОГ СТАТУСА ДЕЦЕ ПРИМЕНОМ PEDS ТЕСТА	103
ЗАБРИНУТОСТ РОДИТЕЉА И ВАСПИТАЧА	106
УПУЋИВАЊЕ ДЕЦЕ У ДАЉУ ПРОЦЕДУРУ ПРАЋЕЊА И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ НА ОСНОВУ PEDS -А	109
РЕЗУЛТАТИ ПРОЦЕНЕ ПОМОЋУ ИНСТРУМЕНТА PEDS DM	117
АНАЛИЗА ПОСТИГНУЋА ПРЕМА ДОМЕНИМА РАЗВОЈА И УЗРАСНИМ КАТЕГОРИЈАМА	150
РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА АКТУЕЛНЕ ПОДРШКЕ ДЕЦИ СА РАЗВОЈНИМ ТЕШКОЋАМА У ПУ	170
Тврдње васпитача	170
Тврдње стручне службе ПУ	181

V ДИСКУСИЈА 193

МОГУЋНОСТИ ВАСПИТАЧА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ	196
МОГУЋНОСТИ РОДИТЕЉА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ	201
ПРОЦЕДУРА ПРАЋЕЊА И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ НА ОСНОВУ PEDS –А	208
ПРОЦЕНА ПОМОЋУ ИНСТРУМЕНТА PEDS DM	214
ПОСТИГНУЋА ДЕЦЕ ПРЕМА ДОМЕНИМА РАЗВОЈА И УЗРАСНИМ КАТЕГОРИЈАМА	222
АКТУЕЛНА ПОДРШКА ДЕЦИ СА РАЗВОЈНИМ ТЕШКОЋАМА У ПУ	232
Тврдње васпитача	232
Тврдње стручне службе ПУ	235
АКТУЕЛНА ПОДРШКА КРОЗ АНАЛИЗУ ПЛАНОВА И ИЗВЕШТАЈА РАДА ПРЕДШКОЛСКИХ УСТАНОВА ПАЛИЛУЛА И РАКОВИЦА	238
ПРЕДЛОГ ПРОЦЕДУРЕ ИДЕНТИФИКАЦИЈЕ И ПОДРШКЕ ДЕЦЕ СА КАШЊЕЊИМА/СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ	240
ПОДРШКА ПРЕПОРУЧЕНА ПРЕМА СТАНДАРДНОЈ ПРОЦЕДУРИ НАКОН ПРИМЕНЕ PEDSА НА НАШЕМ УЗОРКУ	241
ОГРАНИЧЕЊА ОВЕ СТУДИЈЕ И ИДЕЈЕ ЗА ДАЉА ИСТРАЖИВАЊА	243

VI ЗАКЉУЧЦИ 245

ЛИТЕРАТУРА 252

ПРИЛОЗИ 272

ПРИЛОГ 1	273
ПРИЛОГ 2	277
ПРИЛОГ 3	279
ПРИЛОГ 4	280
ПРИЛОГ 5	281
ПРИЛОГ 6	285

БИОГРАФИЈА АУТОРА 288

<u>ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ</u>	<u>290</u>
---------------------------	------------

<u>ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ ДОКТОРСКОГ РАДА</u>	<u>291</u>
---	------------

<u>ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ</u>	<u>292</u>
---------------------------	------------

УВОД

Постојање великог броја деце са сметњама у развоју и специфичним развојним тешкоћама у предшколским установама, са тенденцијом повећања, без адекватног процеса идентификације тешкоћа, а услед тога и без адекватне подршке у предшколском узрасту, пре укључивања у основну школу, оправдава потребу за истраживањем у тој области. У овом процесу очигледна је потреба одабира адекватних инструмената за препознавање основних области тешкоћа и капацитета код деце са једне стране и стварање процедуре којом би омогућили (након идентификације) и адекватну подршку сваком детету. У оквиру овог процеса откривања/идентификације и подршке деци на нивоу предшколских установа предвиђамо активно учешће васпитача, родитеља и дефектолога, који могу да помогну у прецизном препознавању основних снага и слабости детета, а у циљу умањења сметњи и јачања преосталих потенцијала детета у васпитно-образовном процесу.

Последњих година у нашој средини, као и у већини других земаља, инклузија деце ометене у развоју је законски прописана. Правовремено откривање деце са сметњама у развоју, рана идентификација основних и пратећих развојних проблема, адекватан систем подршке у инклузивним групама, угрожени су, одавно приметним, недостатком адекватних инструмената, у разним сегментима процене. У неким случајева развојне сметње и специфичне развојне тешкоће остају неопажене од стране родитеља, васпитача, стручних сарадника, или неправилно интерпретиране, што може да доведе до значајних развојних компликација, нарочито од момента укључивања детета у основношколски систем. Управо је предшколски период прилика да се, применом поузданих, валидних и за нашу популацију адаптираних и стандардизованих инструмената и техника, таква деца на време препознају и да им се пружи адекватна подршка, прилагођена актуелном нивоу и развојним могућностима детета, која може да обезбеди квалитетну сазнајну интеракцију у васпитној групи.

I ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА

ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Терминолошка одређења везана за децу са сметњама, у узрасном периоду од рођења до поласка у школу, ограничена су различитим објективним околностима. Развој је још у току, постоје потенцијали да се уз добре подстицаје из окружења тешкоће превазиђу и из тог разлога не можемо дете окарактерисати као да има дефинитивну тешкоћу, поремећај, инвалидитет. У овом случају дете може бити вођено као „дете са кашњењима у развоју“. Код нас се овај термин још увек не користи или јако ретко. У широј примени често срећемо синтагму „ретадација психомоторике“ (у протеклој деценији), а током последњих година „специфични поремећаји развоја говора и језика“ или „мешовити специфични поремећаји развоја“, као дијагнозе из медицинских шифрарника. Под њима се често подводе разнолика општења и већ изражени поремећаји, који нису само кашњења у развоју са могућношћу превазилажења. У свету се термин „деца са кашњењима у развоју“ користи за бројна стања која су сложенија стања кашњења од ових којим ћемо се ми бавити у истраживању. Према Pietrangelo (2013) деца достижу развојне прекретнице (milestones) својим темпом. Минимална, тренутна кашњења код деце у односу на скале развоја нису разлог за узбуну. Кашњење или вишеструка кашњења у достизању развојних прекретница може се дефинисати као застој у развоју. Развојне прекретнице сагледавају се у различитим развојним доменима: говор и језик, когнитивни развој и моторичке способности. Развојно кашњење код деце може бити изазвано различитим факторима, може бити везано за наслеђе, проблеме у трудноћи, превремени или компликовани порођај. Узрок и није увек познат. Идентификована кашњења на време могу бити превазиђена или се развити у озбиљније застоје, који ће се онда другачије терминолошки одредити.

У англосаксонској литератури користе се термини „деца са кашњењима у развоју“ („Children with developmental delay“) и када се „развојно кашњење“ развије у „развојни поремећај“ синтагма („Children with developmental disability“).

„Деца са развојним кашњењем (кашњењем у развоју) могу бити узраста од три (3) до девет (9) година, показују застој у развоју (мерено одговарајућим дијагностичким инструментима и процедурама), у једној или више области развоја: моторика, когниција, комуникација, социо-емоционални развој или адаптивни развој, који негативно утиче на образовни учинак детета. Локални школски системи имају могућност коришћења термина

„деца са развојним кашњењима“, као термина који описује сметње (категорија деце са инвалидитетом)“. (Sarah Irvine Belson 2006).

Према закону Disabilities Education Act (IDEA) у САД из октобра 2000, дефиниција је следећа: Термин „развојна ометеност“ подразумева озбиљан, хронични поремећај код појединца старог пет година и/или више који носи атрибут менталног или физичког општећења или комбинацију менталних и физичких општећења; манифестује се пре него особа напуни 22 године; указује да ће се наставити неограничено време. Подразумева присуство значајних функционалних ограничења у три или више кључних области активног живота: брига о себи, рецептивни и експресивни говор, учење, мобилност, усмереност, капацитет за самосталан живот, економска самодовољност. Одражава потребу појединца за комбиновањем посебних, интердисциплинарних или генеричких услуга, за подршом или другом врстом асистенције доживотно или једно време током живота, индивидуално планирано и добро координирано (Sarah Irvine Belson 2006).

„Дете ометено у развоју“ (“Child with disability, према International Classification of Impairments, ICDH 2, 1997), је дете које има тешкоће у развоју и није у могућности да постигне или одржи задовољавајући ниво здравља и развоја или чије здравље и развој могу значајно да се погоршају без додатне подршке или посебних услуга у области здравствене заштите, рехабилитације, образовања, социјалне заштите или других облика подршке.

„Дете ометено у развоју“ (Child with disability, према International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2001), описује се из контекста ометености коју објашњавају као производ сложене интеракције између стања здравља особе и контекстуалних чинилаца – срединских и личних. Поред интегритета телесних структура и функција, узимају се у обзир и партиципација и активност особе у низу животних радњи и ситуација. Обе области се разматрају у контексту живљења, али је нагласак на утицају срединских чинилаца на функционисање, активности и партиципацију особе.

Десета ревизија ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (2010), медицинска класификација од стране Светске здравствене организације (СЗО) садржи и део „Специфични поремећаји психолошког развоја“ (Disorders of psychological development, F-80 –F-89). F-80 чине специфични развојни поремећај говора и језика: специфични развојни поремећај артикулације говора, специфични поремећај експресивног говора, специфични поремећај рецептивног говора, стечена афазија са епилепсијом.

F-81 чине специфични развојни поремећај школских вештина: специфични поремећај читања, специфични поремећај спеловања, специфични поремећај рачунања, мешовити поремећај школских вештина, други развојни поремећаји школских вештина (Developmental expressive writing disorder).

F-82 чине специфични развојни поремећај моторичких способности, а F-83 мешовити специфични развојни поремећаји.

F-84 је категорија первазивних развојних поремећаја: дечији аутизам, атипични аутизам, Rett синдром, други дезинтегративни поремећај детињства, поремећај повезан са менталном ретардацијом и стереотипним покретима, Аспергеров синдром, други первазивни развојни поремећаји, неспецифични первазивни развојни поремећај.

У категорији F-88 су други поремећаји психолошког развоја (Развојна агнозија), а у категорији F-89 неспецифични поремећаји психолошког развоја (Развојни поремећаји) (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#!/F80-F89>).

Развојни поремећаји (Developmental disabilities) подразумевају кашњење у развоју детета, које је повезано са менталном или физичком ометеношћу или с комбинацијом ових ометености. Поменути поремећаји манифестују се пре 18-те године и за последицу имају значајна ограничења у једној или више важних животних активности. Поремећаји утичу на широк спектар социјалних и когнитивних аспеката личности укључујући комуникацију, учење, расуђивање, тумачење и одговарање на социјалне захтеве. Развојни поремећаји разликују се од менталних болести, јер су стабилни или прогресивни и обично се не јављају периоди рецидива и ремисија, они примарно погађају когницију и перцепцију и нису нужно удружени с поремећајима мишљења или афективним поремећајима. Термин „развојни поремећаји“ раније се користио за означавање интелектуалне ометености, али је временом дошло до проширивања његовог значења. Често се користи на неконзистентан начин, а обично упућује на значајне поремећаје у развоју детета: општећење говора, интелектуалну ометеност, тешкоће у учењу, емоционалну узнемиреност, телесну ометеност и друге здравствене, слухне и визуелне поремећаје, вишеструке поремећаје. Некада се, сагледавајући литературу, говори о „општим развојним поремећајима“ (Global developmental delay), као што може бити нпр. интелектуална ометеност, затим „свеобухватним“ или „первазивним“ (нпр. аутизам) и „специфичним развојним поремећајима“ (Specific developmental disorders) које карактерише успореност или недостатак у сазревању одређених способности или вештина, односно, одступање од очекиваног, типичног развојног тока (Shevell и сарадници 2003).

Немачко говорно подручје, према светској здравственој организацији (WHO) разликује три термина (оштећење, инвалиднитет, хендикеп) која описују: Impairment, преводи се са Schädigung; Disability, преводи се са Beeinträchtigung и Handicap, преводи се са Behinderung.

У употреби су оба термина: Beeinträchtigung (инвалидност - Disability) и Behinderung (Handicap). Појам Behinderung нема негативну конотацију уколико се говори о особама с хендикепом: Menschen (Mann/Frau/Kind) mit Behinderung, мада је све више у употреби појам Beeinträchtigung. Behinderung (Handicap), према класификацији WHO из 1976. године, подразумева социјалне сметње, препреке (disadvantage) које особа трпи услед оштећења (Schädigung) или ометености (Beeinträchtigung). У говорном језику се, међутим, често чује израз (збирна именица) Die Behinderte (хендикепирани) и она има негативну конотацију. У последње време се појављује и израз Menschen mit besonderen Bedürfnissen (особе с посебним потребама), понајвише у медијима или у законодавним текстовима. Критикује се ширина и неодређеност овог појма, јер он обухвата и бескућнике, незапослене, болесне, старе, имигранте, жртве насиља. Аргумент против овог термина на овом говорном подручју је и то да свака особа има неке посебне потребе.

По немачкој терминологији, постоје следеће врсте ометености/хендикепи:

- тешкоће у менталном развоју. Појам Geistige Behinderung се истискује из употребе и замењује појмовима Lernbehinderung, Lernbeeinträchtigung (код нас: тешкоће, сметње у учењу) или Lernschwäche (слабост у учењу). Степен тешкоћа (ометености) може да се спецификује преко степена/обима неопходне помоћи, па се тако говори о "Menschen mit Lernbeeinträchtigungen und hohem Hilfebedarf" - особе са сметњама у учењу и великом потребом за подршком, а он би се односио на особе с тешком и/или вишеструком ометеношћу, за разлику од "Menschen mit Lernbeeinträchtigungen und alltäglichem Hilfebedarf" - особе којима је потребна помоћ у обављању свакодневних активности, то би биле особе с лакшом менталном ометеношћу илито лакшим сметњама у учењу. (Klauß 2006)
- Körperbehinderung: телесна ометеност

- Hörbehinderung: ометеност слуха, обухвата појмове "gehörlos" (глув), "hörgeschädigt" (остећеног слуха), "schwerhörig" (наглув)
- Sehbehinderung: ометеност (општећење) вида
- Sprachbehinderung: ометеност говора
- Verhaltensbeeinträchtigung: сметње/поремећај понашања

Специфични развојни поремећаји могу бити изоловани, када се уочавају поремећаји у само неком развојном домену, на пример: развој говора и језика (дисфазија), домен моторне организације (диспраксија), пажња (хиперкинетски синдром), у оквиру усвајања основних школских вештина, као што су читање, писање или рачунање (дислексија, дисграфија, дискалкулија), као и међусобно комбиновани специфични развојни поремећаји, удружени са неуропсихијатријским поремећајима емоција или понашања (тикови, анксиозност, депресија, соматски поремећаји или антисоцијално понашање).

У нашој литератури налазимо да деца са поремећајима у развоју показују јасна општећења у менталном, физичком или сензорном функционисању, која их знатно ограничавају у вршењу једне или више значајних животних функција и захтевају специфичан систем подршке и третмана (Голубовић, 2005). Специфични развојни поремећај (СРП), као и специфичне сметње развоја, развојна дисхармонија или, понекад, сметње учења, представљају широке термине којима се дефинише посебна група тешкоћа везаних за детињство. Карактерише их, пре свега, успореност или недостатак у сазревању одређених способности или вештина, односно, одступање од очекиваног, типичног развојног тока (Denckla, 1979, Kolb 1996, према Крстић, 2002).

У нашој средини деца са блажим кашњењима у развоју прођу неопажено. Налазимо податке који говоре да се и у САД, упркос хитности за раном идентификацијом развојних кашњења, већина деце са сметњама не препознаје пре пете године. Процењује се да више од два милиона деце у Сједињеним Државама има физичку сметњу, поремећај понашања, емотивни или поремећај учења који захтева специјализоване услуге (Barbouth & Brosco, 2002; Merrick & Carmeli, 2004). Показатељ да се велики број деце не идентификује јесте и то да је већи проценат деце укључене у програме специјалне едукације у основној школи, у односу на децу која су укључена у програме ране интервенције (Sices, 2007).

У овом оквиру морамо анализирати и термин „children with special needs“ који је неко време био прихваћен у англосаксонској литератури, а његово увођење у наше говорно подручје унело је додатни метеж. Превод „деца са посебним потребама“ и данас се опсежно користи у нашем говору, без промишљања и стварне анализе да ли је прихватљив и адекватан. На њега може негодујући да реагује стручна јавност, јавност особа са инвалидитетом, као и родитељи деце са сметњама у развоју. Главни аргумент против овог термина јесте да деца немају никакве „посебне“ потребе, она имају исте потребе као и сва деца, али их могу сходно оштећењу и неприлагођеној средини задовољавати на другачији начин.

Када помињемо правне и дискриминаторне околности у оквиру термилолошких одређења, одрасле особе са инвалидитетом изјасниле су се на нивоу наше земље, а сходно правима и документима Уједињених нација, да је за њих најприкладнији термин „особе са инвалидитетом“ (термин прихваћен од стране организација особа са инвалидитетом, Уједињених нација и сл), осим организације „Студенти са хендикепом“ који се изражавају противно термину „инвалидитет“ и у својој мисији заговарају термин „Особе са хендикепом“. Република Србија је усвојила синтагму „особе са инвалидитетом“ и она се користи у готово свим званичним документима које је Србија усвојила. Упркос томе, Удружење студената са хендикепом се одлучило за коришћење синтагме „особе са хендикепом“, јер су под тим појмом обухваћене шире друштвене категорије. Примера ради, особе са дијабетесом или неким другим хроничним обољењима нису препознате као особе са инвалидитетом. Ипак, ове особе често могу бити спречене да обављају одређене активности и могу се суочити са многобројним препрекама у одређеним периодима живота. Особе које имају тешкоће у учењу, дислексију, дисграфију, готово да наше друштво уопште не препознаје. Ове особе наилазе на велико неразумевање у свакодневном функционисању, посебно када је у питању образовање. Приписује им се да су лење и незаинтересоване за учење, а за превазилажење препрека са којима се суочавају решења готово да не постоје. У заједници којој живимо, асоцијација на особу са инвалидитетом/хендикепом је углавном особа која користи колица (Михајловска, 2011).

„У текстовима закона, стратегија и других јавних аката употребљавају се различити термини, међу којима је доминантан термин „деца са сметњама у развоју“, са својим варијантама: „деца са развојим сметњама“, „деца са ометеношћу“ и слично. Писци ових докумената за

употребу овог термина налазе оправдања у томе што родитељи деце са оштећењима не прихватају да дете има инвалидитет, док развојни период не прође и да се термин „деца са сметњама у развоју“ користи као својеврсни компромис с овим ставом. Према Међународној конвенцији о правима особа са инвалидитетом, инвалидност је резултат интеракције између особе која има неко оштећење и препрека у окружењу које утичу на то да она своја права не остварује на основу једнакости с другим људима. Сходно томе, дете или одрасла особа постају особе с инвалидитетом оног момента када се због оштећења или услед њега, односно у вези с њим, заједница (социјални модел) и сама особа са оштећењем (био-психосоцијални модел) почну друкчије понашати, постављати различите препреке, умањивати могућности и забрањивати му/јој активно учешће у друштву, што представља највећи степен директне дискриминације“ (Ружичић, Новковић, Шекуларац, 2012, стр. 229).

Истраживање спроведено 2009. године, као део пројекта „Деци је место у породици – Трансформација резиденцијалних установа за децу и развијање одрживих алтернатива“ (УНИЦЕФ, Министарство рада и социјалне политике, уз финансијску помоћ из фондова ЕУ), је обављено путем теренске анкете у домаћинству испитаника на репрезентативном узорку од 1079 испитаника (подаци се могу генерализовати на целокупно становништво Србије старије од 12 година). Резултати упућују да је у употреби широк спектар назива за ову групу деце. Најчешће коришћени израз јесте “хендикепирана деца” (17% испитаника), често се користи термин “болесна деца” (13%), “деца са посебним потребама” (12%), квалификације попут “јадни, жалосни, несрећни” (9%) и израз “деца са сметњама у развоју” (8%). Неколико назива наглашава развојне “заостатке” (деца ометена у развоју, ментално заостала). Најчешће употребљавани називи упућују на болест, телесни и интелектуални „дефицит“ (Извештај о резултатима истраживања ставова јавног мњења о друштвеној инклузији деце са сметњама у развоју, Уницеф, 2009, стр. 5).

“Недостаци и оштећења” за које се најчешће везују, односно по којима се најчешће „препознају“ деца са “посебним потребама” јесу: проблеми са кретањем или немогућношћу кретања (24%), проблеми са говором (22%) и слепоћа (22%). Када категоришемо све одговоре који се односе на “недостатке и оштећења”, по којима се препознају деца са “посебним потребама”, видимо да највећи број спада у категорију физичког инвалидитета и отежаног кретања (83%), затим чулни дефицити и оштећења (53%), интелектуални дефицити и психички проблеми (33%) и проблеми са говором (29%). Децу са урођеним срчаним манама,

озбиљнијим емоционалним поремећајима, као и поремећајима у понашању, тек сваки други припадник опште популације Србије сврстава у категорију деце са “посебним потребама” (Извештај о резултатима истраживања ставова јавног мњења о друштвеној инклузији деце са сметњама у развоју, 2009).

Из свега изнетог делује да можемо да се у терминологији развојимо на две стране анализе терминологије: стручну и јавну. Идеални термини који би ујединили обе стране били би они који би били довољно антидискриминаторни, а стручњацима довољно јасни и одређујући.

У стручној терминологији користимо најближа одређења за стање и степен у којем се дете налази, на етични и антидискриминаторни начин.

У јавној терминологији, општој комуникацији определићемо се за термин „деца са сметњама у развоју“ и „деца са специфичним развојним сметњама“. У нашој средини се овај термин користи за децу која имају уочљиве сметње, видљива оштећења или било какву карактеристику која се издваја као другачија, у односу на своје вршњаке. Предлог термина који би могао бити прихватљив у развојном периоду, када још немамо јасне одреднице да ли се ради о некој сметњи, могао би бити „деца са кашњењима у развоју“.

Фокус нашег истраживања нису била деца са уочљивим сметњама, поремећајима, тешкоћама, већ деца редовне популације која показују извесна кашњења у развоју и која су као таква у систему невидљива, не откривају се на време, нити је њихово присуство на било који начин евидентирано.

УЧЕСТАЛОСТ ДЕЦЕ СА РАЗВОЈНИМ СМЕТЊАМА

Систематска епидемиолошка студија везана за проблем детекције/ идентификације деце са сметњама у развоју у нашој земљи није рађена. До правих података о учесталости развојних сметњи и поремећаја је тешко доћи. У Заводу за статистику Републике Србије не постоје прецизни подаци о деци са сметњама у развоју, деци са специфичним развојним сметњама, њиховом праћењу у систему здравствене или дечије заштите, предшколском или

школском систему. Постоје подаци који говоре о броју пружених услуга у медицинском систему, о броју деформитета, стања која доводе до инвалидности (Илић, Николић, 2011).

Здравствено-статистички годишњак Завода за јавно здравље Републике Србије у 2008. години, наводи да је од 69785 укупно живорођене деце, број деце са компликацијама 18597, од тога, са општећењем плода и новорођенчета, због болести мајке и компликације трудноће, трудова и порођаја укупно 850 деце, поремећајима у току трудноће и растења плода укупно 4174, порођајним повредама новорођенчета укупно 2718, инфекцијама специфичних за порођајни период укупно 3181, урођених наказности и деформација укупно 2150, хромозомских ненормалности укупно 18.

Здравствено-статистички годишњак Завода за јавно здравље Републике Србије у 2012. години, наводи да је од 66914 укупно живорођене деце, број деце са компликацијама 22466, од тога са општећењем плода и новорођенчета због болести мајке и компликације трудноће, трудова и порођаја укупно 854, поремећајима у току трудноће и растења плода укупно 5832, порођајним повредама новорођенчета укупно 2955, инфекцијама специфичних за порођајни период укупно 2965, урођених наказности и деформација укупно 4622, хромозомских ненормалности укупно 15. Примери доступних статистичких података овог Завода указују на неопходност систематичнијег приступа на пољу откривања и праћења ове категорије деце.

„На основу увида у постојећу статистику можемо закључити да се на време „открију“ само деца која имају упадљиву тешкоћу у функционисању или она која имају изражене поремећаје. Само та деца се упућују на програм ране интервенције и процену интерресорне комисије, чиме улазе у статистичке извештаје. Систем подршке, у овом случају, базира се на нивоу медицинског спектра процедура, са циљем да се дете рехабилитује, док се у систему васпитно-образовне подршке или прилагођавања средине детету, чине интервенције, само у појединачним случајевима, базиране на ентузијазму или доброј вољи појединаца и при том нису нигде забележене“ (Илић, Николић, 2011, стр. 438).

Истраживање које је спровела агенција IPSOS STRATEGIC MARKETING о бројности деце са сметњама у очима грађана Србије, наводи да највећи број грађана Србије (22%) оцењује да у нашој земљи живи између 5% и 10% деце са “посебним потребама”. 19% грађана сматра да их има до 3%, односно између 3% и 5%, док 16% грађана сматра да деца са “посебним потребама” чине између 10% и 20% опште популације деце старе до 18 година у Србији. Најзад, 10% грађана оцењује да их има више од 20%. Грађани који изјављују да знају много или веома много о деци са “посебним потребама” прецењују удео деце са “посебним

потребама” у популацији деце у Србији, што би могла бити последица њихових нешто чешћих сусрета са овом групом деце (Извештај о резултатима истраживања ставова јавног мњења о друштвеној инклузији деце са сметњама у развоју, Уницеф, 2009).

Према проценама Америчке Асоцијације Педијатара, укупна учесталост особа са сметњама и поремећајима, у старосној доби од 0 - 21 године износи 16% до 18% (Petersen, 2009). У извештају канадске Комисије за емоционалне и тешкоће у учењу (*Commission on Emotional and Learning Disorders in Children*) из 1970. наводе се подаци из истраживања инциденце деце са посебним едукативним потребама из више земаља: у Канади она је износила око 16%, у Великој Британији 14%, у Француској 12-14%, у Сједињеним Државама 10-15%, уз процену да тек око 2.5% ове популације јесте недовољно ментално развијено. Ово сутерише да око 12% популације у редовној основној школи има развојно детерминисана ограничења учења и сазревања (Lai и сар., 2001, према Крстић, 2002).

Процењује се да једно од шесторо деце у САД или 16,8 % деце млађе од 17 година, има физичке, проблеме у понашању, емоционалне или проблеме у учењу који захтевају специјализоване услуге (Boyle, Decoufle & Yeargin-Allsopp, 1994; Williams и сар., 2004). Преваленција за децу узраста од рођења до 8 година старости је између 12-16% пријављених ((Одбор за децу са инвалидитетом Америчке асоцијације педијатара (American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities, 2001)). Ови подаци су у супротности са преваленцом деце која примају услуге у оквиру програма ране интервенције. Осим тога, постоји пропорционално више старије деца која добијају посебне образовне услуге, него млађе (нпр. више од 11 % укупног броја чине деца од 6 до 17 година, 5 % од 3-5 година и само 1,8 % од рођења до 3 године годишње прима услуге) (Scarborough и сарадници, 2004).

У оквиру система ране интервенције САД и Европе, који већ 30-40 година функционишу, испитују се најефикаснији начини откривања, праћења деце са сметњама/кашњењима у развоју, инструменти и „локације“ које ће дати најбоље резултате.

ИДЕНТИФИКАЦИЈА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА/ КАШЊЕЊИМА

Деца са специфичним развојним поремећајима често буду идентификована рано у животу, јер значајно заостају за својим вршњацима у достизању развојних "прекретница". На пример, дете може да касни у окретању, посезању за предметом, разумевању свог имена,

испољавају очекиваних моторичких способности за узраст. Родитељи деце често бивају забринутији када им је то друго дете по реду и када уочавају разлику у развијању одређених способности. Треба ипак бити обазрив, јер је распон узраста, у оквиру којег дете треба да буде у стању да развије одређену вештину, широк. Разлике у личности, карактеру детета такође могу довести до варијација у развојном току. Ипак, специјални едукатори и лекари сматрају да су понашања и способности деце која имају специфичне развојне сметње убедљиво испод узраста за скоро сваки развојни домен.

Идентификовање деце са сметњама/развојним кашњењем подразумева пролазак детета/родитеља кроз сет евалуативних процеса, укључујући и тестове интелигенције, примену развојних скала, процене адаптивног понашања, тестове опште информисаности/знања, у односу на узраст. Алати за процену су нормирани на великом узорку популације током дужег временског периода, а резултати ових истраживања су распоређени дуж криве, која даје слику о томе како се измерени атрибути јављају код опште популације (Sarah Irvine Belson 2006).

У Србији не постоји адекватан систем подршке деци са сметњама/кашњењима у инклузивним групама, мањка повезаност служби педијатрије са васпитно-образовним системом, са службама социјалне заштите, не постоје развојна саветовалишта на свакој општини као ни саветовалишта за родитеље (Илић, Николић, 2011). Успостављање стандарда и јасних смерница у васпитно-образовном систему и систему подршке деци са сметњама/кашњењима у развоју у Србији подразумева, поред добре воље и рада на развијању позитивних ставова и формирање базе података о броју и структури деце. База података није сама себи циљ, већ индикатор који би требало да усмерава политику васпитно-образовног рада и указује на потребне ресурсе и организације, све релевантне установе и стручњаке, како би се адекватно, системски, одговорило на све објективне потребе деце са сметњама/кашњењима у развоју (Николић и сар., 2009).

Национална лонгитудинална студија ране интервенције у САД (The National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS)), прва је национална студија на репрезентативном узорку деце и породица, који су добили услуге ране интервенције у САД (Bailey и сар., 2004). Ова студија пратила је децу, у оквиру програма ране интервенције, од момента када су укључени у сервис услуга (између 1997. и 1998. год), преко њиховог преласка у други систем

или до 36 месеци старости. Према подацима NEILS-a, рано идентификовање деце са очигледним сметњама у развоју (нпр. Дауновим синдромом), дешава се раније и ефикасније. Деца којој су услуге пружане касније се дијагностикују као деца са развојним кашњењем, а не са специфичним дијагнозама, а њихови родитељи су имали више тешкоћа приликом повезивања са сервисима, него породице млађе деце (Bailey и сар., 2004). Просечно протекло време од изјаве првих забринутости родитеља и сачињавања Индивидуалног плана услуга породици, ИПУП (Individualized Family Service Plan, IFSP), у оквиру програма ране интервенције, био је 8.3 месеца. Највећи заостатак у времену догоди се у процесу дијагностиковања детета од стране медицинског стручњака и упућивања истог у службу за рану интервенцију (у просеку протекне 5.2 месеца за давање дијагнозе и упућивање детета од укупно 8.3 просечних месеци, колико је потребно за сваки појединачни случај). Аутори NEILS студије указују да је неопходно ближе истражити узрок кашњења у процесу упућивања. Могући разлози могу да укључе факторе родитеља (нпр. родитељи не желе да прихвате услуге), као и факторе система (нпр. проблем да се развојни скрининг инкорпорира у педијатријске прегледе или недостатак координације између система). Идентификовање деце под ризиком за кашњења у развоју и пружање ефикасне интервенције што је раније могуће, описано је као "императив јавног здравља" (Pinto-Martin и сар. 2005, стр. 1928).

Из перспективе Србије, можемо, сагледавањем свих досадашњих искустава, студија, предности и мана излистаних у резултатима, доћи до модела који би био најприменији, најефикаснији и најекономичнији у нашим условима. Концепт ове докторске дисертације је и постављен тако да тестира могућности инструмената и процедуре идентификације, како би се сагледала евентуална успешност у откривању деце, а на начин да се искористе постојећи капацитети и не наруши постојећи систем функционисања предшколских установа.

Када говоримо о раној интервенцији, процес идентификације обично везујемо за медицинске институције/службе. С обзиром да је у Србији све то у зачетку или у „ad hoc“ форми ране идентификације, можемо разматрати могућност поставке оваквог система и у предшколским установама.

Постоје студије које говоре о томе како би овај процес изгледао када би се изместио из медицинских установа и преселио у васпитно-образовне институције, односно установе дечије заштите.

„Високо квалитетне службе за бригу о деци имају велики потенцијал да служе као места за развојни скрининг деце и као веза између деце и породице, као и центара ране интервенције, односно предшколских едукативних сервиса са услугама специјалне едукације“ (Branson, 2007). Процењује се да 11 милиона одојчади и мале деце у САД из свих социоекономских слојева проводе 25 или више сати сваке недеље у центрима за негу, у вртићима, јаслицама, предшколским установама, ван куће (Larner и сар., 2001). Ово је случај и са децом у Србији која живе у урбаним подручјима. „Вртић, наиме, представља идеалну „локацију“ за надгледање деце, праћење њиховог развоја из неколико разлога: (а) професионалци који пружају услуге деци имају знање о типичном развоју детета и подстакнути су од стране својих удружења, комора за праћење (скрининг) развоја детета (The National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS), 2003), (б) постоји више могућности за праћење детета од стране неговатеља, када је дете присутно на тој локацији на дневној бази, (ц) квалитет неге за сву децу је на вишем нивоу када пружаоци унапреде своје вештине и знања и (д) може се успоставити сарадња, партнерски однос између друштвених центара за бригу о деци и служби ране интервенције у циљу идентификације деце са развојним кашњењима“ (Miller, Mutton, & Williams, 1993, према Branson, 2007, страна 36).

У оквиру ових чињеница можемо закључити да уз одређену процедуру, са постојећим и минимално допуњеним кадром у предшколским установама Србије, можемо учинити економичнијим и комфорнијим процес идентификације и подршке деце јасленог и предшколског доба, која имају кашњења, сметње или специфичне развојне поремећаје.

Тешкоћу приликом раног откривања представља и то што деца којој је потребна почетна процена обично немају симптоме и не показују видљиво заостајање или општећење. Већина поремећаја има врло суптилне манифестације, нарочито у предшколском узрасту и уколико не применимо одговарајуће инструменте, односно процену, она остају неидентификована. Деца која у једном периоду развоја имају нормалан развојни статус, у току даљег развоја не морају остати таква (може се догодити да се на пример говор не појави на време или на уобичајени начин). Такође, неки од штетних чинилаца по развој детета, у нестимулативној средини, могу имати кумулативни ефекат и изазвати кашњења у развоју, током времена. Због тога је неопходно рутински пратити развој детета и његово понашање у одређеним временским размацама (Glascoe, 1998).

Најчешћи поремећаји у овом спектру суптилних кашњења и сметњи јесу језичке сметње, блага интелектуална ометеност и тешкоће учења (Glascoe, 1998). Деца код које су ове тешкоће неуочљиве имају нормално кретање, користе адекватне речи или чак именују слова у оквиру очекиваног за узраст, а опет могу имати тешкоће приликом комбиновања речи у реченици правилним редоследом, не праве разлику између појединих гласова или не могу да савладају гласовну анализу или синтезу. Овакве сметње/кашњења не можемо открити само на основу опажања. Морамо применити инструменте који ће нам помоћи да одвојимо децу којој је потребна стимулација и превенирати случај „чекај, па ћемо видети“ у тренутку када децу треба упутити на даљу процену и испитивања.

Један од начина, поред многих инструмената присутних на светској сцени, јесте коришћење родитеља, као главног извора информација и као блиског сарадника у процесу откривања деце, која захтевају детаљнију процену. Аргументи који говоре у прилог оваквог приступа јесу прецизност и брзина. Родитељска процена заправо се базира на евентуалној родитељској забринутости или процени квалитета развоја њиховог детета. Овакав начин скраћује време и смањује трошкове процене, али се према ауторима ових инструмената мора водити рачуна о формулацији питања упућених родитељима. Истраживања која су спроведена током развоја инструмента PEDS-а говоре нам да на одређени начин треба тумачити родитељске забринутости, односно да су само неке забринутости снажни и значајни предиктори развојних проблема код деце. Поред ових значајних имамо маргиналне и нормалне забринутости, зависно од узрадног нивоа детета. У оквиру PEDS-а имамо могућност разврставања забринутости у односу на узраст детета и на тај начин усмеравање деце на оптимална решења и праве путеве даље процене, праћења или подршке (Glascoe, 1998).

ПРАЋЕЊЕ И ПРОВЕРА РАЗВОЈНОГ СТАТУСА ДЕЦЕ

Аксиом стручњака у овој области говори нам да се добро утврђени, позитивни учинак ране интервенције односи само на ону децу која су прошла кроз процес ране идентификације. У настојању да следе овај аксиом, стручњаци за развој деце створили су два прилично различита приступа у раном откривању поремећаја: праћење / надгледање (surveillance) и проверу / процену (screening). Које су вредности и спорна питања сваког од ова два приступа покушаћемо да приближимо у наредним разматрањима.

Праћење (Надгледање) развоја.

Начела развоја детета јасно упућују на важност периодичног праћења/надгледања дететовог напредовања и околине у којој оно учи. То је одлична препорука бројних професионалних удружења. Сва та удружења подстичу здравствене стручњаке на испитивање развојног статуса детета приликом сваког редовног систематског прегледа, током дојеначког и предшколског узрасног периода. Такве препоруке су кључни, први корак којим се осигурава да се деца, којој је то потребно, понуде програми ране интервенције, стимулације развоја и превенције (Glascoe, 1998).

Праћење (надгледање) је израз који потиче из Велике Британије, а одређује се као "надгледање здравља и телесног раста све деце; праћење развојног напредовања све деце, пружање савета и подршке родитељима, као и лечење и даље упућивање детета; осигуравање програма профилаксе инфективних болести; учешће у здравственој едукацији и подучавање плодносном родитељству.“ Неки су критиковали ову дефиницију, сматрајући је прешироком, па су предложили да се оне компоненте дефиниције које се односе на примарну превенцију користе као шири оквир, а да се израз праћење (надгледање) сачува за активности секундарне превенције (нпр., правовремено откривање и брзо надгледање) чија је сврха смањење преваленте болести и других одступања од доброг здравља, помоћу скраћивања њиховог трајања или смањивања њиховог учинка, кроз рано откривање, као и брзу и плодотворну интервенцију" (Stone и сар., 1990, стр. 817, 818).

Dworkin, који је појам праћење (надгледање) донео у Сједињене Америчке Државе, усредредио се на његове развојне и понашајне аспекте, те на његово коришћење, као активности секундарне превенције. Он је развојно праћење (надгледање) описао као

"флексибилан, непрекидан процес којим упућени стручњаци спроводе стручно надгледање деце, у оквиру спровођења здравствене заштите. Компоненте процеса надгледања обухватају подстицање и разматрање родитељских забринутости, прибављање релевантних података о развојној прошлости, спровођење прецизних и информативних опажања детета, те дељење мишљења и забринутости с другим релевантним стручњацима (нпр. васпитачима у вртићима)" (Dworkin, 1993, стр. 533). Аутор запажа како тестове за почетну проверу развоја, иако их повремено треба користити, не треба сматрати примарном методом откривања поремећаја.

У смерницама „Светла будућност“ (*Bright Futures*, Green, 1994) заједничком документу који је објавила велика група педијатара и других здравствених стручњака у Сједињеним Америчким Државама, такође су прихваћене компоненте примарне превенције у дефиницији развојног надгледања и надгледања понашања, али је овај конструкт и проширен, тако да укључује превенцију и откривање још ширег распона психосоцијалних проблема (на пример развод брака, злоупотреба дрога, каријера, итд). Ове смернице једним су делом заправо попис питања која делују попут "окидача" и која су састављена с циљем да се подстакне разговор међу стручњацима и породицом. Ове смернице сматрају се почетном тачком активности праћења (надгледања) и подстицања развоја, као и темељем за истраживања о делотворности немедицинских аспеката здравственог надгледања (Sturners, 1994).

Упркос јасној међународној подршци развојном и бихејвиоралном праћењу, постоји врло мало емпиријских истраживања која би говорила у прилог његовој делотворности. Као метода откривања поремећаја, она готово у потпуности зависи од вештина и расуђивања здравствених стручњака, који морају да одлуче да ли је потребно применити мере за почетну проверу, упутити дете даље, дати савете, пружити утеху и охрабрење. Постоје бројна спорна питања овог приступа, која су истакнута у истраживањима прецизности клиничких расуђивања лекара. Сва она упућују на велико потцењивање броја деце са поремећајима. Истраживања спроведена у Великој Британији показују да је свега 45 до 55% деце с развојним проблемима откривено пре поласка у школу (Dearlove, Kearney, 1990). Америчка истраживања о том питању старијег су датума, али подједнако забрињавајућа. Од деце чији је коефицијент интелигенције био мањи од 80, 67% их није било идентификовано (Bierman и сар., 1964). У другом истраживању, у којем су педијатри испитивали своје пацијенте, ранији контакти с дететом нису повећали тачност процена интелигенције (Korsch, Cobb, Ashe, 1961). Утврђено је да педијатри значајно потцењују коефицијент интелигенције код хронично болесне деце, док га код деце са тешкоћама у интелектуалном развоју прецењују.

Откривање емоционалних проблема и проблема понашања путем клиничке процене има сличну судбину. Мање од половине деце са стањима која се могу дијагностификовати, заиста се идентификује (Levigne и сар., 1993). Новија истраживања показују умерено побољшање у тачности клиничких утисака, премда тачност клиничке процене и надаље заостаје у односу на тестове почетне провере: мање од 30% деце са поремећајима, уписане у државне школе раније је било идентификовано и упућено у одговарајуће службе, од стране свог педијатра (Palfrey и сар., 1987).

Због чега праћење не функционише? У неким Домовима здравља, на нивоу популацијски бројнијих општина постоје одсеци за праћење развоја деце, односно развојна саветовалишта, али немају дефинисане протоколе и истоветне процедуре које би обезбедиле системско праћење и надгледање развоја. Какви су проблеми у земљама у којима је успостављен систем праћења? Чини се да је стручњацима потребно пружити подршку, обезбедити подучавање у избору клиничких информација које су високо предиктивне за развојне проблеме, као и у правилном тумачењу тих информација. Уколико би се ова процедура примењивала у предшколским установама, на начин попут поставки овог истраживања, морали би осмислити озбиљну едукацију за васпитаче и стручну службу по питању развоја деце, деце са кашњењима/сметњама у развоју, начинима откривања и праћења, као и коришћењу расположивих инструмената и важности раног откривања и добре подршке деци.

Glascoe (1998) наводи препреке у доношењу тачних процена развојног статуса. То су *репрезентативност* (очекивање да ће деца с одређеном дијагнозом бити налик на "класичан" случај), *ослањање на почетну дијагнозу* (у ситуацији када се повинујемо првој постављеној хипотези, ослањамо се на податке који су први изложени, а родитељи ретко наводе притужбе редоследом по важности), *подешавање* (укључује процену вероватноће потенцијалних дијагноза, на основу процена њихове преваленције), *оправдање* (тенденција да нађемо медицински узрок настанка развојног проблема приликом чега пропустимо проблеме срединске или психосоцијалне етиологије), *его пристрасност и претерано самопоуздање* (сувише селективно заборављање, присећање, придавање значаја само одређеним симптомима и уколико је почетно убеђење „нормалан развој“ подцењивање родитељске забринутости у вези са развојем детета), *пристрасност због уверења и нереална очекивања и прижељкивања* (прецењивање или потцењивање неке дијагнозе, због потенцијално лошег утицаја на децу, родитеље или саме стручњаке – нпр. одуговлачење са дијагнозом церебралне парализе, како

би се родитељи поштедели, осујетили у уживању са дететом, „обележавање“ детета пролонгирало), *пасивна очекивања* (потискивање несигурних информација, давање на значају догађајима који се често појављују у односу на оне који су ретки – дете на процени мирно и послушно, стручњак онда у мањој мери верује родитељима или учитељима по питању поремећаја пажње и проблема у понашању). „*Модел група*“ кога карактерише „чекај и види“ хоће ли се организам сам изборити, код којег се развојни проблем пажљиво прати и надзире, али без савета или смерница за стимулацију, процена или даљег упућивања у службе подршке. *Мешовита метода* (откривање и утврђивање чињеница под утицајем негативних чинилаца као што су умор, преоптерећеност информацијама, притисак колега, временска ограничења. Овде такође треба поменути и стручњаке који раде са великим бројем високо ризичне деце који могу њихова достигнућа сматрати типичним или просечним, а они су далеко испод просечних).

Провера развојног статуса

Алтернативу надгледању развоја представља рутинска употреба тестова за почетну проверу, приликом сваког систематског прегледа детета. Такви тестови су намењени кратком и брзом одвајању деце која вероватно имају тешкоће од оне која их вероватно немају (Glascoe, 1997). У идеалном случају, такве мере се примењују на деци који немају симптоме, како би се на време открили проблеми, који би иначе остали неоткривени (Butler, 1989). Децу с вероватним проблемима затим упућујемо на опсежније дијагностичке процене и ако добију дијагнозу, одређују се интервенцијске мере (пример: одељења за специјално образовање, рехабилитацијске услуге, итд).

Постоје бројна спорна питања у вези са коришћењем тестова за почетну проверу, као темељног приступа у раном откривању поремећаја:

Многи популарни тестови за почетну проверу не достижу прихватљив ниво прецизности/тачности. Непрецизни тестови често не успевају да открију децу с тешкоћама, што значи да она вероватно не добију потребну интервенцију или добију само закаснеле услуге, након што им се проблеми погоршају. Непрецизне мере могу такође бацити сумњу на превелик број деце која се нормално развијају, што доводи до непотребног расипања драгоцених дијагностичких средстава, а такође је и стресно за породицу која непотребно брине о развоју детета (Squires, Nickel, Eisert, 1996).

Иако на тржишту постоје бројни тестови за почетну проверу, од којих неки достижу стандарде прецизности, само неколицина се рутински примењује у ширем опсегу. Уместо тога, многи стручњаци, посебно они у здравственим установама, примењују их тек након што примете проблем, а не како би проценили несимптоматичне пацијенте (Dobos, Dworkin, Bernstein, 1994).

У Америци, свега 15 до 20% стручњака, у примарној здравственој заштити, рутински примењује тестове за почетну проверу, вероватно због тога што се већина тестова чини сувише дугачким за рутинску примену у примарној здравственој заштити. Заиста, за примену многих од тих тестова потребно је више времена него што је предодређено за редован систематски преглед (Scott и сар., 1993).

Ризична деца, код које је вероватноћа постојања развојних проблема и проблема понашања повећана, у мањој мери похађају програме стимулације раног развоја и добијају здравствену заштиту, а то су места на којима се најчешће нуди провера развоја.

Привидне неприкладности раног откривања поремећаја путем праћења (надгледања) развоја и немогућност да се чак и најпрецизније мере за почетну проверу употребљавају рутински, прикладно или довољно често, остављају велику празнину. Значајан број деце с поремећајима у развоју упада у ту празнину. Оваква ситуација вапи за поузданом, кратком, флексибилном методом која ће искористити питања која се редовно постављају родитељима, ослањати се на лако доступне информације, али истовремено омогућавати стручњацима јасно закључивање о вероватноћи проблема утемељених на емпиријским чињеницама. У идеалном случају таква мерења би требала да обухватају све аспекте развоја и понашања. Она би требала не само да допринесу откривању постојећих и суптилних проблема, него би такође требала да помогну стручњацима и родитељима у стимулацији развоја и спречавању, колико је то у највећем степену могуће, настанка развојних проблема и проблема понашања (Glascoe, 1998).

Очигледно је да коришћење информација добијених од родитеља удоваљава већини наведених критеријума. Управо је то логички темељ развоја PEDS-а и циљ његове употребе.

ИНСТРУМЕНТИ И ЊИХОВЕ МОГУЋНОСТИ КРОЗ ПОКАЗАТЕЉЕ СПРОВЕДЕНИХ СТУДИЈА

Постоје бројни тестови за почетну проверу развоја, према томе од кога добијамо информације приликом провере. Можемо их поделити на оне које морамо директно применити на детету, односно изазвати одређене способности и вештине код детета и оне које базирамо на информацијама добијеним од родитеља. Разликују се према старосном распону који покривају код деце, начину оцењивања, мерама прецизности, као и према томе колико траје појединачна примена теста.

Директно, на детету можемо применити многе инструменте, поменућемо неке неки од њих: *Brigence Screens* (1985), *Battelle Developmental Inventory Screening Test (BDIST)* (1984), *Bayley Infant Neurodevelopmental Screen* (1995). Родитељ као извор информација у процесу процене присутан је код инструмената: *Child Development Inventories* (1994), *Ages and Stages Questionnaire* (1994), *Parents Evaluations of Developmental Status PEDS*, (1998), *Eyberg Child Behavior Inventory* (1980), *Pediatric Symptom Checklist* (1988), *Family Psychosocial Screening* (1996).

Brigence Screens (Brigence, 1985) користи се за узраст од 21 до 90 месеца, садржи седам (дванаестомесечних) узрастних форми. Обухвата моторичке, говорно-језичке вештине, спремност и општу информисаност, сходно узрасту (за старије подразумева и спремност за математичке способности). Директно се примењује на детету. Примена теста, према аутору, траје десет минута. Овај тест је показао изузетну осетљивост и специфичност у откривању надарене деце, као и оне која имају академске развојне проблеме, поремећаје.

Developmental Inventory Screening Test (Развојни скрининг тест) (BDIST) (Newborg, 1984), примењује се код деце узраста од 12 - 96 месеци, информације добијамо у директној процени детета, на основу интервјуа и опажања родитеља. У себи садржи и субтест за процену језичког разумевања, који се може користити као предтест. Компликованији је за примену и код млађе деце захтева 15, док код старије захтева 35 минута. Резултати су узрастено формиранни.

Bayley Infant Neurodevelopmental Screen (Aylward, 1995). Примењује се код деце од 3 месеца до пуне две године. Састоји се од 10-13 захтева којима се директно изазива одређено понашање детета на нивоу од три или шест месеци узрастеног распона. Процењује рефлексе, мишићни тонус, неуроразвојне вештине (покрет и симетричност) и развојна постигнућа (сталност

објекта, имитација, језик). Спроводи се око 10 до 15 минута. Резултати се категоришу као низак, умерен и висок ризик.

Child Development Inventories (Ireton, 1992). Састоји се од три инструмента (сваки намењен одређеном узрасту): 0 -18 месеци, 15-36 месеци, 36-72 месеца. Сваки тест има 60 тврдњи на које родитељ одговара са ДА или НЕ. Може се применити и директно у виду прегледа/процене развоја, као интервју или се може слати родитељима на кућу, дати у чекаоници да родитељи попуне и сл. За његову примену довољно је 10 минута. Јако добро је оцењен по питању осетљивости (75%) и специфичности (70%).

Ages and Stages Questionnaire (Bricker, Squires, 1994). Попуњавају га родитељи. Има једноставна упутства која помажу родитељима да дају податке о способностима њиховог детета. Постоје посебне форме са по 15 ајтема за сваки узрастни период. Ови узрастни периоди формиран су према календару систематских прегледа. Службе ране интервенције их могу слати и поштом. Једноставно се валидира да резултат задовољава или не задовољава. Може се спровести за 5 минута.

Eyberg Child Behavior Inventory (Eyberg, 1980). Користи се на узрасту од две и по године до 11 година. Садржи 36 кратких изјава/тврдњи о уобичајеним проблемима понашања. Уколико се изрази слагање са 16 ајтема неопходна је додатна бихејвиорална процена/интервенција. Уколико постоји мањи број слагања од 16, према изјавама, препоручује се саветовање и едукација родитеља. Оцењује да ли се ради о екстернализованом проблему, проблему понашања, агресије и слично и одређује где и да ли дете упутити даље. Примена траје око 7 минута.

Pediatric Symptom Checklist (Jellinek, Murphy, Robinson, 1988). Примењује се на узрасту од 4 до 16 година. Садржи 35 описа проблематичног понашања (екстернализована, интернализована депресија, анксиозност...), процена учесталости (никад, понекад, често). Резултат једнак или већи од 24 (на узрасту од 4-5 год) или једнак или већи од 28 (за старију децу) указује на то да је неопходно дете упутити на даља дијагностичка испитивања. Тест траје 5 минута. Има врло велику осетљивост (80%) и велики распон специфичности (68-100%).

The Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition (Bayley, 2006) осмишљена је за процену развојног статуса деце узраста од 1 до 42 месеца старости, а користи се и за децу старијег узраста, када неке више узрастне норме развоја не можемо применити при процени деце са тешким оштећењима, као што је нпр. тешка интелектуална ометеност.

Ова скала садржи три субскеале: 1) ментална скала (сензорно-перцептивне способности, способност увиђања константности предмета, памћење, учење, решавање проблема, вокализација, рана вербална комуникација, хабитауција, ментално мапирање, сложене језичке и математичке концептуализације); 2) моторичка скала (степен контроле тела, координација крупних мишића, способности фине манипулације, динамички покрети, постурална имитација и стереогнозија); 3) скала понашања (пажња и будност, оријентација и ангажовање, емоционална контрола и квалитет моторичког одговора). Процена је строго индивидуална. Стандардни резултати класификују децу, на основу њиховог развоја у четири различите категорије: напредан, са благим закашњењем у развоју и са значајним кашњењем у развоју. Време процене је, за децу узраста испод 14 месеци, 25 до 35 минута, а за децу изнад 15 месеци старости, око 60 минута.

Лествица психичког развоја ране деце доби Brunet-Lezine (Чутурић, 1973) процењује психомоторни развој до 6. године живота, с тим што 16 првих субтестова процењује развој у току 1. године живота сваког месеца, током 2. године са интервалом од 3 месеца (15, 18, 21 и 24, а затим 30 месеца). Сваки субтест садржи 10 задатака, првих 6 су задаци где се дете ставља у експерименталну ситуацију, а 4 имају облик питања на која одговара родитељ, а углавном се односе на подручје говора и социјалног понашања. Brunet – Lezine лествица психичког развоја ране деце доби испитује следећа подручја развоја: моторика (статичка и динамичка), координација (окуломоторички развој тј. руковање са предметима), друштвеност и говор. Омогућава израчунавање глобалног коефицијента развоја, али и коефицијенте сваке области одвојено, нарочито уколико је приметно заостајање у некој од њих.

Минхенска функционална развојна дијагностика (Hellbrugge и сар., 1983) обухвата праћење осам функција у току прве године: пузање, трчање, седење, хватање, перцепција, говорна експресија, говорна рецепција и социјално понашање. У другој и трећој години процена обухвата статомоторни развој (спонтаност покретљивост, седење, трчање), сензомоторни развој (моторика руке, увиђање), говор (експресију и рецепцију) и социјално понашање (способност за контакте и самосталност). Аутори препоручују израду развојних профила који могу да укажу на диференцијално-дијагностичке специфичности у одређивању терапијских могућности.

McCarthy Scales of Childrens Abilities (McCarthy, 1972) је тест развојних способности (за децу од 2.5 до 8.5 година), који садржи задатке, који се односе на конструкције са коцкама, слагање фигура и слагалица, памћење слика, значење речи, питања о бројевима, ритмичке

репродукције, вербално памћење, оријентацију у простору, координацију руку, нумеричко памћење, вербалну флаентност, бројање и сортирање супротности, концептуално груписање и цртање деце предшколског узраста и могу се користити за процену графомоторних способности деце овог узраста. Коначни резултати теста се оцењују кроз 6 скалираних индекса: вербални, перцептивно-манипулативни, квантитативни, генерални/општи когнитивни; памћење и моторни.

Peabody Developmental Motor Scales - PDMS-2 (Folio, Fewell, 1992) је можда најспецијализованији тест за процену моторичких вештина, који покрива првих седам година. Тест је сачињен од 6 субтестова који процењују моторичке способности које се развијају у детињству: рефлексе, контролу тела и равнотежу, кретање, манипулацију објектима, хватање и визуелно-моторну интеграцију. Резултати ових 6 субтестова су искоришћени да би се генерализовала 3 комбинована/сложена резултата: количник грубе моторичке способности, количник fine моторичке способности и укупни количник моторичке способности. *PDMS-2* се може користити за процену укупне компетенције моторичких способности детета у односу на вршњаке, или за процену његових fine моторичких способности у односу на грубе моторичке вештине. Тест прати и програм моторичких активности за планирање индивидуалне интервенције. Пратећи материјал садржи конкретне, практичне сугестије за реализацију програма у коме ће дете оснажити fine и грубе моторичке вештине. То је веома корисно у идентификовању циљева, задатака и активности за укључивање у индивидуалне образовне програме. Тест се може спроводити индивидуално у трајању од 45 - 60 минута.

Истраживања о коришћењу информација добијених од родитеља

Знатан број информација о детету можемо добити од родитеља. Истраживачи родитељских оцена тврде да је родитељска забринутост најочљивији и највише истражен облик родитељске оцене. Многи истраживачи користе информације које добијају од родитеља на начин да од родитеља траже ОПИСЕ (у виду присећања и извештаја) или ОЦЕНЕ (процене, предвиђања, забринутости). Родитељски извештаји описују тренутно стање деце и на њима се базира велики број инструмената, стандардизованих и валидираних за почетну проверу развоја (Винеландски инвентар адаптивног понашања, Achenbachova Листа дечијег понашања, чек листа педијатријских симптома). Сви ови инструменти

постављају питања родитељима у којима се тражи да они означе оне вештине или понашања која њихово дете тренутно показује.

Ваљаност ове врсте инструмената често је испитивана у бројним истраживањима. Родитељски извештаји дају нешто више процене дететових вештина и способности, него када стручњаци, те исте вештине, директно процењују на детету. Можда зато јер родитељи јесу у стању да оцене и неку вештину која је тек почела да се јавља, а стручњаци нису у стању да је током процене „угледају“. Опет други аутори тврде да се то догађа из разлога што стручњаци јесу склони да у својим извештајима потцене дететове вештине (Fuchs и сар., 1985; Diamond, Squires, 1993). Ова два становишта могу се помирити ако уз саму тврдњу за опис вештине, способности додамо и „увек“, „понекад“, „ретко“. Већина истраживача се ипак слаже да је степен слагања стручњака и родитеља врло висок и креће се у распону од 75 до 95% (Dales и сар., 1989; Diamond, LeFurgy, 1992; Rescolra, 1989).

Писменост односно неписменост родитеља представља велику препреку по питању родитељских извештаја и препорука је та да се, из тог разлога, неким родитељима уместо писмених питања примени интервју.

У процени развојног доба, у оквиру одређених домена развоја, родитељи су успешнији у процени когнитивних, моторичких, академских и вештина самопомоћи од процене дечијих способности језичког изражавања и разумевања (Johnson, Poteat, Kushnick, 1986). Ова чињеница може имати две стране, јер родитељ има боље опажање и ширу могућност да сагледа дечије језичко изражавање од непознате особе, као и то да дете има већу слободу изражавања код куће, него у непознатом окружењу (Glascoe, 1998, према Wolfensberger, 1971).

ЕФИКАСНОСТ РАНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ И ПРЕДШКОЛСКИХ ПРОГРАМА

Рана интервенција је у пракси обликована у перспективама бихејвиоралне, конструктивистичке и трансакционе теорије (Odom, Wolery, 2003).

Бихејвиоралне теорије Скинера, Павлова и Бандура (Strain и сарадници, 1992), утицале су на рану интервенцију у оквиру принципа индивидуализације, неопходности систематске инструкције у оквиру ране интервенције, као и у примени процене деце (нпр. подршка

пожељним понашањем, инцидентално учење). Бихејвиорална теорија може допринети повећању ефикасности ране интервенције за децу свих узраста.

Конструктивистичка теорија, коју заступају Пијаже и Виготски (Fosnot, 1996), уводи значај дечје самоиницијативне акције и интеракције са окружењем и улогу одраслих, као медијатора учења деце. Конструктивистичке теорије су посебно важне као основ за вођење развојних планова, наставних планова и програма који се заснивају на одговарајућем развојном нивоу деце (Bredekamp & Copple, 1997). Бронфенбренеров еколошки систем теорија (Bronfenbrenner, 1979) и његова каснија теорија Биоеколошког система (Bronfenbrenner & Evans, 2000), помогли су да стручњаци ране интервенције схвате значај непосредног припремања детета (прилагођавање куће, прилагођавање бриге о деци) за интервенцију, прилагођавање односа између различитих сервиса у којима дете учествује (нпр. комуникација између сервиса) и утицаја ширег окружења (екологије) (нпр. државне политике и културне ставове) на праксу ране интервенције. Ове теорије су поставиле темељ за разумевање ефикасности ране интервенције и базиране су на доказима многих урађених истраживачких студија. Међутим, горе описане теорије не пружају оквир за разумевање зашто су рана идентификација и рана интервенција важне.

Трансакциони теоријски конструкт наглашава и поткрепљује значај ране идентификације и ране интервенције за постизање оптималних резултата у развоју. Sameroff и Chandler (1975) објашњавају трансакцијски однос између биолошких и искуствених фактора на развој детета и кажу: "Иако генетска условљеност може да одигра иницијацију у продуковању каснијих проблема, ипак ће стварање подржавајућег окружења одредити крајњи исход" (стр. 274). Ова теорија је даље развијена као трансакциони модел развоја (McLean & Synder-McLean, 1978; Sameroff & Fiese, 2000). Илустрација овог модела могла би бити да је то утицај двосмерне, реципрочне интеракције између детета и његовог старатеља у оквиру раног развоја, односно социјалне комуникације. Истраживачи су приметили да родитељска респонсивност доводи до повећања учесталости дететових намерних комуникационих аката, што може довести до повећања коришћења језичког мапирања од стране родитеља (нпр. родитељ понавља и проширује поруку детета, користећи речи), што заузврат даље подржава развој комуникације детета (McLean & Synder-McLean, 1978; Warren et al., 2006). Насупрот томе, деца са сметњама у развоју, као што су сметње из аутистичног спектра, имају тенденцију да иницирају комуникацију и одговарају на њу на много нижем нивоу, у односу на децу типичног развоја (Yoder, Davies & Bishop, 1994).

Временом, родитељи деце са ниским степеном иницирања комуникације могу постати мање респонсивни на потребе своје деце за увертиром у комуникацију, што заузврат може нехотице довести до застоја у развоју (Hart & Risley, 1995; Saxon и сар., 2000).

Рана идентификација, праћена раном интервенцијом, пружа подршку родитељима да буду респонсивнији и учи децу да користе препознатљивије комуникативне сигнале, како би побољшали трансакционе интеракције између детета и његовог неговатеља, постављајући дете на вишу тачку типичне развојне трајекторије (Kaiser, Hester & McDuffie, 2001; Warren et al., 2006; Yoder & Warren, 1998).

Горе поменути теоријски оквири омогућавају бољи увид у сагледавање значаја ране интервенције и дају образложење зашто рана интервенција омогућава побољшање развојног пута деце, у многим случајевима.

Рани узраст представља критичан период зачетака образаца социјалних, емоционалних и образовних исхода. Иако рана искуства не одређују развојни ток деце, рани обрасци имају тенденцију да буду веома упорни, а неки имају и доживотне последице (Harrison и сар, 2012).

Рани третман развојних кашњења доводи до бољих резултата за децу и резултира уштедом трошкова за друштво (Sices, 2007). Да би са свих аспеката сагледали утицај раних искустава на развој детета, морамо узети у обзир неуробиолошке предности ране интервенције на развој мозга детета, као и негативне последице које проистичу из недостатка одговарајућих искустава у раном животу (Национални научни савет о развоју детета, 2007; National Scientific Council on the Developing Child). Краткорочне и дугорочне користи ране интервенције поткрепљене су резултатима студија ране интервенције.

Развојне законитости могу бити полазиште, основ принципа и темељ програма ране интервенције. Ако их пажљиво сагледамо сваку од законитости можемо уградити у примерена прилагођавања програма, који ће поспешити ефекте интервенције.

Развој је прилагодљив, јер на њега лако утичу фактори из околине. Програми ране интервенције у које деца могу бити укључена или предшколске установе у којима постоји подршка и стимулативни програм за ову децу могу уклонити факторе ризика, барем један део дана. Стављањем ризичне деце у нискоризичну околину и помагањем породицама у смањивању ризичних психосоцијалних фактора (на пример, путем услуга социјалне заштите и едукација за родитеље), раном интервенцијом се повећава вероватност успеха у школовању

и у каснијем животу (Gomby и сар., 1995). У оквиру којих индикатора можемо сагледати корист оваквих програма и подршке? Заправо, корисници програма за стимулацију и подстицање развоја у раном детињству, у знатно већем броју, завршавају средњу школу, у каснијем узрасту рађају децу, у већој мери задржавају радно место и избегавају криминалне радње него особе које нису похађале такве програме (Barnett, Escobar, 1990).

Развој се одвија кроз трансакцију која се заснива на међусобном преплитању природе детета и утицаја које прима током васпитног процеса. Овај трансакциони модел поставио је још Arnold Sameroff 1970. И у поглављу који говори о теоријама на којима се базира рана интервенција описана је детаљније у том контексту. С обзиром да ова теорија има две стране, дете и најближу околину у трансакционом процесу, она може бити основ за разматрање важности правилне подршке детету. Дететова природа односи се на његове развојне вештине, темперамент и личност, док се васпитни процес односи на вештине родитеља и других особа које воде бригу о детету, њихов темперамент и њихове особине личности. Трансакције између природе и васпитања у идеалном су случају процес "узајамне регулације". Трансакциона природа развоја упућује и на то да тражење узрока развојних слабости и разлога који су умешани у развојне проблеме треба бити широко и да мора обухватати карактеристике детета, карактеристике особа које брину о детету, као и њихове међусобне интеракције. Од дететових родитеља очекује се да мењају дететово понашање и управљају њиме, али дететово понашање може такође мењати и управљати реакцијама родитеља/одгајатеља. На пример, када дете има проблем у понашања, узроци тога нису само у детету, нити само у квалитету родитељства, него такође и у томе како дететово понашање утиче на понашање родитеља и обрнуто. Програмима ране интервенције родитељи се редовно подучавају како да мењају своје понашање како би побољшали понашање детета, како да реагују на знаке које дете упућује, како да тумаче искуства дететова, како би поспешили когнитивни и лингвистички развој.

Кроз Бронфенбренер-ову еколошку теорију имамо шире сагледавање значаја адекватног окружења на развој детета. (Ecological systems theory of child development.) Еколошка теорија наглашава неопходност разумевања развоја детета у његовом непосредном окружењу. Многи истраживачи, према Бронфенбренеру, ограничавали су се и задржавали само на једном аспекту окружења детета (као што је социоекономски статус, етничко порекло, рурално-урбано окружење) и укључивали га у контекст којим се објашњава развој. Међутим, овакви појединачно узети аспекти не дају адекватно место систему вредности, културним

вредностима, обичајима и сл. који представљају значајне детерминирајуће факторе развојног контекста. Бронфенбренерова системска еколошка теорија указује на широку лепену ситуација и услова у којима се поједино дете може наћи, имати одређену улогу и у којима оно може успостављати односе са физичким и социјалним окружењем.

Еколошка теорија идентификује пет система животне средине са којима је појединац у интеракцији. Шематски се може замислити као скуп концентричних кругова. У центру кругова је дете са својим биолошким и психолошким елементима, не само наследно и биолошки одређеним факторима, него и са когнитивним капацитетима, социоемоционалним и мотивацијским склоностима (као на пример: темперамент и личност) у којима оно реагује на околину. Систем који има први и најдиректнији утицај на дете је први круг -микросистем, у коме се налази породица и чланови најужег домаћинства; социјално и образовно окружење (школа, другови, васпитач/учитељ); комшилук (физичко окружење, пријатељи, познаници); радно место. Микросистем обухвата личне особине других, физичке и материјалне особине свакодневног окружења и активности, улоге и међуљудске односе у којима особа у развоју стиче искуство (Bronfenbrenner, 1979).

Мезосистем, следећи круг, представља подручје повезивања различитих окружења микросистема. На пример очекивања и догађаји у породици, приступ књигама, учење читања или нагласак на стицању базичних академских и социјалних способности, могу имати значајан утицај на каснији успех у школи.

Егзосистем је шири контекст од микро и мезо система. То је социјално, политичко, религијско и друго окружење са којим дете не долази одмах у директан контакт, него више преко других особа са којима је у интеракцији. Иако дете, у развијеним друштвима, готово да нема прилике да се упозна са радним местом родитеља, родитељи често доносе своје фрустрације кући и изражавају их љутњом на чланове своје породице. Отпуштање оца са посла, ратна превирања, нагла сиромашења друштва и сл. могу да утичу на развој детета.

Најшири контекст који обухвата све друге системе је макросистем. Он се односи на главне историјске догађаје (глад, поплаве, рат), на духовне и религијске вредности, јавну и политичку праксу, обичаје и ритуале у појединим културалним групама. Културална уверења у погледу подизања деце, у погледу улоге школе и породице у образовању, значај и специфичности посебних родбинских веза, толеранција за различите обичаје, етичка и морална уверења у друштву, све то утиче на дете и његов развој.

Хроносистем је настао као круна у сагледавању односа човека и окружења и подразумева креирање образаца од догађаја у окружењу и промена током живота, као и социо-историјских околности. На пример, разводи јесу промена. Истраживачи су открили да негативни ефекти развода на децу достигну врхунац у првој години након развода. Две године после развода, породична интеракција је мање хаотична и стабилнија. Пример социо-историјских околности представља повећање шанси за жене да се баве каријером током последњих тридесет година (Johnson и сар., 2007).

На сваком развојном нивоу има типичних манифестација. Због тога је за откривање проблема који се појављују временом кључно надзирати развој у задатим интервалима.

Са протицањем времена расте и ризик за развојне поремећаје. Због прилагодљивости развоја и његових различитих манифестација у различитом узрасту, преваленција поремећаја се повећава са узрастом.

Нека подручја развоја бољи су предиктори успеха у школи од других. Голубовић и сар. (2004), наводе да су развој конкретних логичких операција на касном предшколском узрасту предиктивни фактор школског успеха из математике у почетним разредима основне школе, а развој говорно-језичких способности (развијена фонематска анализа речи и способност навођења придевских опозита) на успех из српског језика.

Деца показују вештине променљиво и недоследно, нарочито када се ради о вештинама које се тек појављују и које због тога још увек нису у потпуности савладане. Сазнање о интермитентности развојног реда пружа стручњаку идеалну почетну тачку за саветовање родитеља о томе на који начин стимулисати развој детета.

Развојни статус постоји као континуум. Раном интервенцијом, знатно пре почетка формалног школовања, доказано се остварују позитивни учинци на школске резултате и постотак завршавања средње школе код деце са граничним интелектуалним способностима, која постижу слабе резултате и од којих многа имају вишеструке ризичне психосоцијалне факторе (Gomby и сар., 1995).

Истраживачке студије програма Head Start, Early Head Start, Smart Start и Abecedarian study показују да рана интервенција може имати позитивне резултате за угрожене дечије количнике интелигенције, когнитивни, социјални и емоционални развој, развој језика, концентрације и понашања и унапредити образовна достигнућа деце (Campbell and Ramey

1995). Поред краткорочне користи, лонгитудинална истраживања показала су дугорочно позитивне ефекте програма за рану интервенцију на писменост и развој социјалних вештина (Schweinhart и сар., 1995, према Woolfson и King, 2008), количник интелигенције и школску успешност, успешно завршавање разреда, постигнућа у специјалном образовању и социјалној адаптацији (Bernett, 1998; Campbell and Ramey, 1995).

Напредак у области неуробиолошких тестирања допринео је бољем разумевању важности раног развоја мозга. Употреба софистицираних техника попут магнетне резонанце (MP) и електроенцефалографије (ЕЕГ) омогућавају истраживачима да виде како се мозак одојчади мења током раста и развоја. Ова могућност даје емпиријске доказе да рана искуства директно утичу на мозак бебе на начин да га спремају за касније учење (Friedman, 2006). Стотинама година води се дебата о релативном значају природе (генетике) у односу на васпитање (утицај животне средине). Недавно, истраживачи су се фокусирали на интеракције ових фактора као критичних детерминанти развоја (Cicchetti & Stroufe, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000). „Генетски вођени процеси неуронског развоја су дизајнирани за снимање искустава која бивају затим укључена у развој архитектуре нервног система" (Shonkoff & Phillips, 2000, стр. 53, према Branson 2007.)

Постоји оптимално време развоја одређених функција и способности као носилаца глобалног развоја и ако оно прође без одговарајућих ефеката, пропуштено се тешко може надокнадити. Наша сазнања данас упућују на то да спољашњи утицаји делују не само као подстицај да се функција ЦНС-а организује, него и на развој самих структура ЦНС-а (Ђордић, Бојанин, 1992, према Николић, Симоновић, 2003). Депримирање било које свере развоја детета (когнитивне, моторичке, емоционалне, социјалне, интелектуалне) доводи до промена у систему и компромитовања развоја у свим сегментима (Илић, Николић, 2010). Ова врста сазнања пружа нам аргумент за спровођење студије попут ове, јер што пре откријемо да дете има одређено развојно кашњење и што пре успоставимо адекватну врсту стимулације имаћемо више успеха и на неурофизиолошком, као и неуропсихолошком плану.

Већина неурона у мозгу формира се пре рођења детета. Развој мозга након рођења одвија се кроз неуронске миграције и стварање синаптичких веза између ћелија које се формирају на основу искуства. Синапсе који се користе остају, а оне које се не користе измењене нестају (Knudsen, 2004). Ова елиминација синапси омогућава мозгу да функционише ефикасније, осим у случајевима превелике елиминације, где су елиминисане синаптичке везе које су потребне, као, на пример, када је дете лишено критичних искустава

рано у животу (Hawley, 2000). Деца која се не излажу светлосним дражима или аудитивној стимулацији у раном животу, суочавају се доживотно са дефицитом у овим областима. Недостатак уноса ових чулних стимулуса, током првих неколико година живота, резултира перманентним смањењем оптрине визуелног или слушног капацитета, упркос каснијем лечењу, нпр. отклањање катаракте, страбизма, опремање слушним апаратом, имплантација кохлеарног импланта (Shonkoff & Phillips, 2000). Овај пример показује да за неке мождане системе постоји критичан период отворености за унос срединских утицаја. Ако стимулација изостане или ако је инпут абнормалан у овом критичном периоду, развој је трајно погођен.

Greenough и његове колеге (1987) пружају оквир који уважава оба сегмента, како природу, тако и тајминг деловања неопходног искуства, кроз модел неуро - пластичности, која упућује на осетљиве периоде сензорног развоја у раном узрасту, као и одређена очекивана искуства од којих касније зависи учење. Развој искуствених очекивања ослања се на инпут из окружења, који би требало да буде доступан под нормалним околностима. Аутори износе да се мозак сисара ослања на претерани број синаптичких веза између неурона у сензорним и моторним системима и да ће инпут из околине одредити која од синапси ће опстати, а која елиминисати током унапред одређеног развојног распореда, због недостатка конфирмације или компетиције потврђених синапси.

Knudsen (2004) тврди да искуство током осетљивог периода омогућава развој неуронског концепта, који ће бити прилагођен потребама појединца. Искуство пружа прецизне информације о појединцу и средини у којој се он развија. Аутор даје примере нервних кола калибрисаних за обраду стереоскопски визуелних информација на основу физичких карактеристика и тачним одвајањем очију појединца. Искуство са учењем језика је још један пример потребе за искуством након рођења, неопходно је пружати стимулацију за обраду говора, коме је дете изложено у кући (Newport и сар., 2001).

Примери лингвалне депривације долазе нам из породица чујућих родитеља, где су рођена деца са глувоћом. Родитељи, који нису познавали гестуални говор до дететове адолесценције, нису могли детету да пруже нормалну језичку стимулацију. Genie, дете које је било у ситуацији екстремног лишавања у првих 13 година свог живота у супротности је са Isabelle, која је у условима потпуног лишавања, депривације живела првих 6 година свог живота. У случају глуве деце која су живела без знаковног језика до адолесценције и Genie лишен вербалног језика до 13 година, језик је развијен након опсежне интервенције, али поједини аспекти развоја језика, као што је могућност да врши дискриминацију граматичких

грешака није успео да развије (Newport и сар., 2001). Насупрот томе, Изабел која је укључена у интервенцију са 6 година, била је у стању да адекватно усвоји језичке способности у свим областима. Kuhl (1992) показује да је систем говорне перцепције отворен за стимулусе (искуства) ограничен временски период, а затим, ако је искуство ускраћено, способност да се дискриминишу фонеме не-матерњег језика опада. Он је утврдио да 6 месеци старо дете подизано на енглеском говорном подручју може да дискриминише контрасте из Шведског или Тајландског језика, као и из сопственог језика, али са 12 месеци старости, одојчад су изгубила способност да открију контрасте из нематерњег језика. Newport и његови сарадници (2001) идентификовали су узраст од 12 година као крај критичног периода за учење језика, за граматичку и гласовну дискриминацију. Ово је у супротности са семантичким карактеристикама језика, који се могу научити током живота.

Предложени критични период за емоционални развој је 10-18 месеци (Stern, 1985). Током овог периода бебе су нарочито осетљиве на негативне ефекте материнске депресије. Асиметрија фронталног режња обично је повезана са депресивношћу одрасле особе која брине о беби и може се уочити на мозгу мале деце, одгојене од мајки које су патиле од великих депресивних поремећаја (Dawson, Hessel & Frey, 1994). Ефекат раног лишавања евидентан је код деце одгајане у институцијама. Деца усвојена из румунских сиротишта показала су низ развојних кашњења, која су била побољшана након што су деца смештена у куће усвојитеља, у којима им је пружана љубав, уколико се усвајање догодило у периоду раног развоја. Деца која су усвојена током прве године живота показала су најбоље резултате, док су она деца, која су у највишем степену депривирана, а усвојена након друге године старости, показала значајна развојна кашњења и поремећаје социјалних контаката (Rutter и сарадници, 1999).

Већа је вероватноћа да ће деца имати развојне проблеме онда када њихови родитељи примењују ауторитаран родитељски стил, имају проблеме с душевним здрављем, слабо су образовани, сиромашни су, често се селе, самохрани родитељи и они који имају више од двоје друге деце (Sameroff, Seifer, Baracos, 1987).

Докази ефикасности ране интервенције и образовних програма у раном детињству, за децу у првих 5 година живота, долази из мноштва студија објављених од 1980 (Guralnick, 1997; Shonkoff & Hauser-Cram, 1987; Shonkoff & Phillips, 2000). Ове студије фокусиране су на програме интервенције за децу са специфичним сметњама у развоју (нпр. Даунов синдром, аутизам), децу са развојним кашњењима и децу из породица које живе у сиромаштву

(Guralinick, 2005). Сазнања су у вези са примењеним моделом ране интервенције, зависно од тога где су услуге спровођене (нпр. код куће, у центрима за рану интервенцију), примарног циља интервенције (нпр. дете, родитељ или обоје), фокуса стратегије интервенције запослених (ужи фокус - примењена анализа понашања; шири фокус - побољшање родитељске ефикасности).

Студије ефикасности ране интервенције подржавају премису да ранија идентификација детета са сметњама и раније обезбеђена подршка, интервенција, представљају већи потенцијал за оптималан развој детета (Gilliam, Meisels & Mayes, 2005; Shonkoff & Phillips, 2000). Ова истраживања показују да, генерално, деца која примају услуге ране интервенције од квалификованих кадрова имају веће коефицијенте интелигенције (Brooks-Gunn и сар., 1992), раније достижу развојне показатеље блиске свом узрасту (развојне прекретнице) (Hanson, 2003), имају боља образовна постигнућа (Iovannone и сар., 2003) и уживају у благодатима функционалније породице, у односу на вршњаке који нису ушли у програме ране интервенције (Guralnick, 1997; Odom и Wolery, 2003).

Деца рођена прерано са веома ниском порођајном тежином [> 1500 грама] или екстремно ниском порођајном тежином [> 750 грама] су у већем ризику за већи степен смртности одојчади, школски неуспех, здравствене проблеме и настанак инвалидитета (Als, 1994; Goldberg-Hamblin и сар., 2007). Коришћење развојних стратегија заштите у неонаталним јединицама, довело је до непосредних позитивних исхода, као што су смањење времена проведеног у болници, смањење медицинских компликација, боље напредовање детета (Als и сар., 1994), као и дугорочни исходи, као што су већа успешност у области читања, математике и понашања код превремено рођене деце (McCormick и сар., 2006). Службе за рану интервенцију за децу рођену превремено, са ниском порођајном тежином, обично почињу у неонаталним јединицама, а затим настављају код куће, након отпуштања детета. Blair and Ramey (1997) дали су преглед (насумичним избором) контролисаних процеса ране интервенције за превремено рођену одојчад са ниском порођајном тежином (> 2800 грама) спроведене између 1986 и 1996. Већина програма интервенције, праћених у њиховој студији, састојао од едукације оба родитеља (нпр. разумевање инфантилних дистрес сигнала, јачање респонсивности одгајатеља) и директне интервенције (нпр. сензорна стимулација) са новорођенчетом. Примећени су позитивни резултати за родитеље и децу у овим интервентним програмима: позитиван исход за родитељство (на пример, веће задовољство у родитељској улози и већа осетљивост на понашања одојчади) и за одојчад (нпр. више

менталне и моторичке способности у оквиру очекиваног развоја) у односу на контролне групе (Rauh и сар., 1988).

Национални научни савет (National Scientific Council on the Developing Child) (САД) о развоју детета (2007) пружио је снажну подршку раној интервенцији следећом изјавом: "Укључивање све деце која задовољавају критеријуме за програме ране интервенције што је раније могуће, помоћи ће бебама и малој деци са развојним кашњењима и/или инвалидитетом да формирају и утемеље вештине потребне да остваре свој пуни потенцијал" (стр. 13).

Похађање предшколских установа под стандардним условима може имати позитивне ефекте на спремност деце за школу и њихово касније академско постигнуће. Закључак важи и за једнообразне предшколске системе са националним програмима, као и за системе који нуде разноликије услуге и програме (Wooscock, 1998).

Аустралијске студије су показале да способност за писање и рачунање деце узраста 4-5 година јесу добар предиктор академског успеха у основној школи. Социјални градијенти у језику и писмености, комуникацији и социо-емоционалном функционисању појављују се рано кроз социо-економски контекст и ове разлике и даље постоје у школском периоду. Према аустралијском Индексу раног развоја (Australian Early Development Index, AEDI), подаци за 2009, говоре да је већина аустралијске аутохтоне деце (Аборицина) на добром развојном путу, изузев у домену језика и когнитивних вештина, као и то да ова деца и породице у економски неповољном положају имају мање шансе да присуствују програмима раног детињства, од својих вршњака.

Учешће у предшколским програмима унапређује когнитивни развој и припрема децу за успешно школовање. Не постоје снажни или конзистентни докази да форма предшколског искуства (наставни приступ, дневни распоред...) има дугорочне ефекте. Показало се такође да похађање предшколских програма има снажнији ефекат на децу из сиромашнијих средина, него на ону из богатијих породица, односно предшколско образовање може смањити јаз са којим се суочавају деца која су у неповољнијем положају од друге деце, иако већина тих ефеката слаби с протицањем времена. Запосленост мајке и учествовање у програмима ране неге, чак и током прве године живота, нема повређујући ефекат на децу и може чак имати и предности уколико је нега детета високог квалитета (Wooscock, 1998).

Резултати лонгитудиналне студије у Енглеској, спроведене у периоду од 1997. до 2003. године на пројекту „Ефикасно пружање предшколског образовања“ (Effective Provision of

Pre-School Education (EPPE), (Sylva et al, 2004) потврђују да су деца из предшколских програма показала виша когнитивна постигнућа, виши степен друштвености/социјализације и концентрације у школи, у поређењу са децом која нису похађала предшколске програме. Наиме, пројекат EPPE налази да је узраст детета у коме је дете пошло у предшколски систем такође важан у смислу да, уколико је то било пре треће године, дете ће имати виши степен когнитивне и друштвене добити од оне деце која су укључена са три године. Док је број месеци односно недеља боравка у предшколском програму важан фактор, целодневни или полудневни боравак нема значајне разлике у односу на постигнућа деце (Woolfson и King, 2008).

Поменути EPPE истраживања такође су се бавила питањем да ли током времена овај позитиван ефекат предшколских програма „избледи“. Резултати говоре да когнитивни исходи не губе значај на крају раног основношколског периода, иако треба истаћи да су на почетку основне школе израженији, односно да овај ефекат јесте нижи на крају у односу на период почетка школе. Мање убедљиви показатељи, приказују се у домену социјалног понашања, али су ипак присутни (Sammons и сар, 2010). EPPE тим је утврдио да предшколски програми имају значајне позитивне исходе. Они се спроводе уз високо образован кадар и подразумевају висок ниво учешћа родитеља (Siraj-Blatchford и сар., 2003).

Bernett (1998), посебну пажњу посветио је испитивању везе у погледу варијабли: коефицијент интелигенције, постигнућа у читању, писању и математици, напредовање у школи, социјализација. IQ је растао до времена када су деца кренула у школу, али је потом, у већини случајева, прилично брзо опадао (изузетак представљају два програма која су нудила негу и едукацију од прве године живота детета у којима бележимо благи пораст IQ-а, али се он одржавао до адолесценције. Постигнуће у читању и писању показује велику варијабилност у одржавању напретка у читању и математици, од оних где није уочен напредак, до значајног напретка који се одржавао до адолесценције). Bernett (1998) је 3 године касније поново испитивао ове аспекте студија и закључио да су разлике последица методолошких недостатака у многим студијама и да је врло вероватно да се ова врста напретка одржава у већини студија. По питању социјализације Пери предшколски програм је дао најдуготрајније и најинтензивније ефекте. Када су у 27. години испитиване особе која су похађале овај предшколски програм пронађено је да су посвећеније школи, да су имали позитивније односе са вршњацима, економски су били успешнији, жене су биле чешће удате и имале су мање ванбрачне деце (Harrison 2011).

Интересантне су и чињенице које рани интензивни програми показују код деце из маргинализованих група, која су била циљна група свих истраживања укључених у преглед. Пери предшколски програм је најуспешнији и по овом питању. Главна компонента Пери предшколског програма је пружање квалитетних предшколских искустава. Наставници су користили оквир активног учења у интеракцијама са децом. Особље су били обучени наставници, а у сваку групу је био укључен бар један црни наставник (укључена деца су била Афроамериканци). Рад се изводио у трајању од два сата, сваког радног дана, а у групи је било 5-6 деце по наставнику. Наставници су посећивали децу и у њиховим породицама, како би охрабрили родитеље да се укључе и примењују предшколски курикулум код куће.

У оквиру Пери предшколског програма нагласак је на дечјем ангажовању у активностима које укључују прављење избора, решавање проблема и преузимање одговорности у окружењу које обезбеђује стабилне дневне рутине. Постоји 10 категорија кључних искустава на којима треба радити кроз замисли овог програма: креативно изражавање језика и писмености, односи и лична иницијатива, покрет, музика, класификовање (препознавање сличности и разлика), бројеви, простор, време. Унутар ових категорија постоји и по неколико специфичних области. Нпр, категорија социјалних односа и личне иницијативе укључује: прављење и изражавање избора решавањем проблема с којима се суочавају кроз игру, изражавање осећања речима, учешће у групним рутинама, сензитивност за осећања, интересовања и потребе других, грађење односа са децом и одраслима, грађење и учествовање у кооперативним играма, излагање на крај са социјалним конфликтима (Berrueta-Clement и сар., 1984).

Истраживање које се бавило ефектима предшколске праксе на развој деце, укључујући и децу са сметњама у развоју, дало је интересантне резултате који би били релевантни и за наше истраживање. Истраживање је реализовано у Великој Британији (прва Европска, лонгитудинална студија) са циљем да утврди ефекте предшколског образовања на развој деце узраста од 3 до 7 година (у обзир су узети фактори везани за карактеристике родитеља, кућно окружење, типове предшколских програма, установе које су деца похађала). Студија на узорку од 3000 деце показала је позитиван ефекат квалитетне праксе ПУ на дечији интелектуални, социјални и развој понашања (децу су пратили и у школи, на крају I и II разреда) (Sylvia и сар., 2004).

Ефекте предшколске праксе испитивали су и стручњаци са наших простора. Истраживање које је спровео Сабо (2002), на узорку од 333 дечака предшколског узраста,

потврдило је хипотезу да постоје значајне разлике између група дечака у моторичким способностима приликом уписа у основну школу. Резултати овог истраживања упућују на закључак да код дечака активности на пољу физичког васпитања имају знатне предности у развоју координације, гинкности и равнотеже, када се спроводе од тзв. јасленог и тзв. млађег узраста, у односу на облик рада који се спроводи од тзв. најстаријег узраста, до поласка у школу. Истраживање које је спровео Сабо (2005), имало је за циљ да се утврди моторички статус три различите групе дечака предшколског узраста, те да се стекне увид у њихове сличности и/или различитости, приликом уписа у основну школу. Генерална хипотеза овог истраживања је да постоје статистички значајне разлике између група дечака предшколског узраста у моторичким способностима, у зависности од дужине боравка у дечијем вртићу. Резултати овог истраживања показују боље моторичке способности код група дечака које су дуже боравиле у предшколској установи, у односу на групу која је знатно краће боравила у вртићу. Оваква разлика између група говори о позитивним ефектима телесног вежбања на развој моторичких способности у предшколској установи. Укључивање деце у васпитно-образовни рад од тзв. најстаријег узраста показало се као недостатак, који се испољио у виду лошијих моторичких способности ове деце.

Проблем истраживања које је спровео Сабо (2004), био је да се утврди да ли различита дужина боравка, а тиме и различита дужина трајања васпитно-образовног процеса, утиче на спремност девојчица за полазак у школу, а као инструмент је коришћен ПОШ тест. Резултати показују да група девојчица која је била укључена у васпитно-образовни процес предшколске установе од јаслица до уписа у школу показује значајно бољу спремност за школу од групе девојчица која је похађала вртић од тзв. млађег узраста до уписа у школу. Оваква разлика између група недвосмислено говори о позитивним ефектима дужег утицаја васпитно-образовног третмана у нашим предшколским установама.

Један од најважнијих закључака, везаних за програме ране интервенције, јесте краткорочна и дугорочна корист од висококвалитетног предшколског васпитања и образовања на ублажавање ефеката сиромаштва. Резултати лонгитудиналних студија ране интервенције спроведених на Каролини (Campbell & Ramey, 1995), затим у центру за децу и родитеље у Чикагу (Fuerst & Fuerst, 1993), и у Perry Preschool (Schweinhart и сар., 1985), показују да су деца укључена у ове програме имала просечан пораст коефицијента интелигенције за 6.5 поена, смањење 14% у потребама за подршком специјалног образовања касније у детињству, смањење 13% понављања разреда, повећане стопе положене матуре и

повећана стопа запослености у раном одраслом добу (Anderson, Shinn & Fullilove, 2003).

ПОДРШКА ДЕЦИ СА РАЗВОЈНИМ КАШЊЕЊЕМ/СМЕТЊАМА

Основни принцип деловања на сметње у развоју и специфичне развојне тешкоће је **правовременост**: што је раније проблем детектован и започет третман, већи су и изгледи постизања жељених ефеката (Webb и сар. 2001.). Нарочито је значајно да третман буде временски усклађен, чак и да **претходи критичном периоду сазревања**, што, у зависности од тога које способности су у питању, може подразумевати оптимално започињање терапијских поступака у првим годинама живота. Ово ће бити обезбеђено уколико процес идентификације јесте добро постављен и ако га прати добро осмишљена подршка.

Сметње у развоју и специфичне развојне тешкоће захтевају паралелно интервенисање у бар две различите области, прво поступке везане за сам проблем (све облике третмана чији је циљ да побољшају успешност детета у оним доменима понашања у којима се „дисфункција“ или „дефицит“ испољавају). Друга област, једнако важна, подразумева **интервенције у оквиру окружења детета**. Родитељи и школа/вртић морају бити свесни природе одређеног проблема, реалних ограничења које он намеће, као и низа спољних утицаја, којима се његове последице у свакодневном понашању и комуникацији могу умањити.

На овај начин, кроз овакве поставке интервенције, околина је у ситуацији да понуди квалитетнију подршку развоју детета, преузима део корективних утицаја и формира позитивни амбијент, у коме је интеракција између детета и значајних особа у његовом свету лишена додатних неспоразума. Овим се наглашава да носиоци подршке детету треба да буду они који га и непосредно окружују: родитељи и професионалци који раде у вртићу (неопходно је да различити профили стручњака блиско сарађују, предшколски и здравствени тим, дијагностичар и терапеут). Добар пример оваког приступа представља парадигма коју нуде Teeter i Semrud-Klikeman, која претпоставља осам сукцесивних стадијума односно, четири посебна нивоа на којима би се, оптимално, одвијала идентификација и интервенције код деце са специфичним развојним поремећајима (Teeter, Semrud-Klikeman 1997):

- идентификација проблема (на основу постигнућа детета или из интервјуа са родитељима);

- формулисање посебних стратегија везаних за учење, спољну контролу понашања (укључујући и саветовање родитеља);
- део специфичног третмана који може омогућити установа;
- редовно праћење реализације и ефеката ових интервенција, што омогућава модификацију и допуну планираних стратегија.

Добра подршка наслања се на адекватну и правовремену идентификацију у оквиру које поред добрих инструмената мора постојати добра обученост, едукованост кадра да препозна тешкоћу, различитост детета у односу на вршњаке и знање о томе ко детету на најсврхисходнији начин може пружити помоћ/подршку. Када постоји сумња да код детета постоји евентуална сметња или развојно кашњење, стручњаци који процењују тешкоће деце пажљиво сагледавају различите области развоја. У оквиру ових области развијају се различите вештине. На основу процене и посматрања, професионалци могу да одреде колико је дете добро савладао ове вештине, у односу на типичну децу истог узраста. Испитивање суспектних развојних проблема је обично тимски рад, који укључује неколико професионалаца који се баве дечијим развојем. Кроз тестирање, интеракцију са дететом и посматрање, стручњаци покушавају да одреде специфичне потребе или "дефицитарна подручја" (области). У нашем окружењу ово би могли бити стручњаци запослени у Предшколским установама и развојним саветовалиштима на истој општини, које треба поставити у контекст блиске сарадње. Непосредну сарадњу неопходно је остварити и са родитељима који указујући, са свог аспекта, на извесну забринутост за своје дете, могу да укажу на развојна кашњења у неком развојном домену. Родитељима и стручњацима који, у предшколској установи, јесу у директном и сталном контакту са децом, неопходне су детаљније информације које описује атипичне манифестације, односно знаке упозорења за сваку област развоја и могу да помогну да уочавање тешкоћа буде брзо и лако. Поред ових манифестација које описујемо, неопходно је да знамо који професионалац нам може помоћи, уколико у оквиру институције у којој јесмо не можемо да одговоримо на све потребе детета. Ко се на стручном нивоу бави проблемом који смо уочили и на који начин.

Когнитивни развој се односи на апстрактно мишљење детета, способност резонувања и способност да се задрже и примене нове информације. Решавање и учење у решавању проблема су такође когнитивне способности. Когнитивне дефиците и кашњења

најчешће третирају специјални едукатори. Ови наставници помажу деци да савладају концепт и стратегије учења и користе појединачно прилагођене стратегије за помоћ деци у учењу.

Ево неких генералних **забринутости за когнитивни развој**: Деца делују много млађи од друге деце истих година. Примећујемо невероватно кратак распон пажње, дете делује као да не може да се концентрише. Не може никако да се сети једноставне песме или игре. Не показује заинтересованост или радозналост за играчке. Не препознају када предмети, књиге или играчке стоје наопачке. Има став "Далеко од очију, далеко од срца" по питању омиљене играчке, хране и особе. Делују као необично послушна деца. Делују јако успорено у покушајима да науче нешто ново. Не могу да се сете бројева или слова, иако раде на њима сваки дан. Немају појам "сутра". Дете не може да каже своје име, ни године. Мора да се подсећа изнова и изнова како да нешто уради (LeComer, 2006).

Говорно језичке способности односе се на способност детета да формира говорне гласове, способност да се изрази и прими поруку, комуницира, изврши аудио обраду и обраду примљених информација. Уобичајене забринутости по питању развоја говора и језика: Дете је изузетно тешко разумети. Има сталних проблема са храњењем. Једе само меку храну и/или неће да жваће. Не брбља или не покушава да имитира речи, као што то чине друга деца истог узраста. Не памте врло уобичајене речи. Глас звучи необично. Дете се бори да произведе, изговори речи. Још увек не користи адекватне/праве речи. Изгледа као да има сопствени језик, као да не разуме и не памти упућена упутства. Изгледа као да није у стању да се изрази. (Rose 2009)

Социо-емоционални развој описује да ли је дете социјално компетентно у интеракцији са другима, да ли има способност да се снађе у различитим ситуацијама, да ли има одговарајуће адаптивно понашање и понашање у игри и како види само себе. Ево неких уобичајених социо-емоционалних проблема: Дете није у могућности да остане фокусирано на активност. Безразложно ће се фокусирати на неодговарајући објекат дужи период времена или ће радњу понављати изнова и изнова. Не показује потребу за љубављу и интеракцијом. Често губи контролу и постаје агресиван/а или експлозиван/а. "Изгуби" се у тренутку, из нама потпуно неуобичајених разлога (за већини људи разлози који га уведу у то стање су потпуно безначајни). Често не успоставља контакт очима. Не показује интересовање за игру са другом децом. Делује као да се ничега не плаши или супротно, изгледа забринуто и уплашено скоро свакодневно (Mousntstephen 2011).

Груба моторичка способност односи се на коришћење дететових великих група мишића. Вештине као што су превртање, седење, ходање захтевају добро развијену грубу моторичку способност. Фина моторичка способност подразумева коришћење ситних мишића руку и шака, што омогућава деци да хватају мале објекте, пишу или користе прибор за јело (као што је кашика до уста). Тешкоће и забринутости у области грубе и fine моторике: дете није у могућности да усправно одржи главу. Још увек не хода, а требало би. Воли да седи на једном месту највећи део времена. Обично користи само једну страну свог тела. Изгледа много млативије, троније него деца његовог узраста. Чини се да су му екстремитети крути, пренапрегнути. Није у стању да се самостално храни. Још увек жврља док вршњаци већ цртају. Хода на прстима. Стално испушта ствари из руку (испадају јој/му).

Сензорно процесуирање и сензорна интеграција је мање позната област развоја. Сензорна обрада упућује на то како и колико добро сензорни системи детета (осећај додира, просторна свест, осетљивости на буку, светло, покрет) раде заједно. Нека деца прејакно региструју сензорне информације и могу бити веома осетљива и претерано реаговати, док друга могу да не региструју сензорне информације, што угрожава свест о осећањима или очекивано понашање, сходно сензорном стимулусу. Деца са сметњама у сензорној обради не могу да схвате како се њихова тела односе према људима или стварима око њих. Уобичајене тешкоће или забринутости сензорне обраде: дете није у стању да овлада тоалетним тренингом. Изузетно је осетљиво на гласне звуке. Не жели да има одећу на себи. Шкргуће зубима. Хоће да једе само одређену храну сличне текстуре. Изгледа изузетно некоординисано. Веома лако се умори. Често налеће, удара о намештај и људе. Добија вртоглавицу врло лако. Може да се врти и окреће, а да не добије вртоглавицу. Не воли да га додирују. Не жели да буде непримерено близу људима и превише је "осетљиво". (LeComer, 2006).

Теорије на којима се базира подршка деци са сметњама/кашњењима јесу:

- Улога породице и родитеља у дететовом развоју – теорија атачмента (Bowlby, 1980; Ainsworth и сар., 1978);
- Утицај социјалних интеракција - теорија социјалног учења (Bandura, 1977);
- Теорија социјалног развоја (Vygotsky, 1978);

- Трансакциони модел комуникације (Sameroff and Chandler, 1975; Sameroff and Fiese, 2000);
- Утицај интеракција са осталима и утицај окружења на развој – хумана екологија (Bronfenbrenner, 1979).

Базично, све ове теорије упућују на значај здравог и стимулативног окружења за дете, а посебно за дете које показује извесна развојна кашњења у односу на своје вршњаке. Адекватно породично окружење, као подршка деци која имају кашњења у развоју, јесте императив и темељ успеха у превазилажењу тешкоћа. Породично окружење и значајна одрасла особа у њему јесу кључни за достизање оптималних развојних постигнућа детета. „Родитељи деце са сметњама/кашњењима у развоју, оптерећени додатним обавезама, терапијама, претрагама, често бивају угрожени у родитељству. Дете бива ускраћено за неопходну стимулацију у раном периоду. Претерана родитељска брига не ретко спутава дете“ (Илић, 2007, стр. 7). Са друге стране, у случају када дете није предиспонирано за кашњење, биолошки интактно дете, под утицајем лошег окружења потенцијално бива под ризиком да развије лака и умерена кашњења у развоју. Деца под ризиком да развију најлошије развојне исходе су она која су под утицајем и биолошких и срединских фактора ризика. Ризико фактори делују кумулативно - што је више фактора ризика, веће су шансе да се јаве лоши развојни исходи. На основу овога у формирању адекватне подршке за дете морамо разматрати његов биолошки капацитет, породични амбијент и једно са другим довести у хармонију. У складу са овим поставкама, може се размишљати и о ризико факторима окружења, који јесу у вези са квалитетом бриге о детету и могу бити предиктори потенцијалних интервенција и система подршке деци. Наиме, морамо водити рачуна о карактеристикама родитеља детета, социоекономском статусу из којег дете потиче, нивоу стреса или подршке које има породица, нивоу и интензитету раних искустава која се нуде детету, менталном здрављу родитеља.

„Ако родитељске фигуре адекватно одговарају на потребе детета, оно стиче слику о свету као сигурном месту за живот у коме може да има поверење у људе. У супротном, дете може да развије поремећај везивања, који представља релативно учвршћен образац, а одражава се на емоционално, бихејвиорално и когнитивно функционисање индивидуе и утиче негативно на квалитет релација које успоставља кроз читав живот“ (Радојевић, 2011, стр. 15). „Резултати бројних истраживања јасно сугеришу да се током првих година живота

постављају „добри темељи“ целокупног развоја и да се они не могу успоставити без обезбеђивања квалитетне физичке и социјалне средине за рани развој и учење деце. Један од првих практичних корака у обезбеђивању квалитетније средине за рани развој деце јесте оснажити и едуковати родитеље, како би били сигурнији и успешнији у својој родитељској улози и способни оптимално подстицати развој детета“ (Николић, Илић- Стошовић, Илић, 2010, стр. 195). Рани развој и учење детета зависи од физичких и социјалних карактеристика окружења у које је дете укључено (Николић, Илић-Стошовић, Илић 2010). У светлу ових чињеница, Бронфенбренер (1979) наглашава да треба обезбедити „Секвенцијалне програме" припреме будућих родитеља, кроз различите фазе, сходно потребама и неопходним компетенцијама које родитељ треба да стекне. Према овом аутору, будући родитељи треба још током свог школовања да науче неке основне принципе подизања деце. Мајка која носи дете треба да добије конкретније програме рада са будућом бебом. Затим, у прве 3 године детета, процес интеракције мајке и детета долази у први план: ако је потребно укључење помоћи стручног лица које показује мајци како да се стара о детету, даје материјале, указује на вербалну комуникацију са дететом око когнитивно интересантних задатака, стимулативних радњи, положаја. На овај начин, вертикалном дифузијом и други чланови породице се на сличан начин баве дететом, али на начин да се не омете трајан однос 1:1 између мајке и детета.

Родитељ губи кључну позицију на узрасту деце од 4-6 године, када предшколски програми постају примарни у цивилизованим друштвима. Неопходно је да својим радом потпомаже остварење програма у који је дете укључено и омогући му да очува постигнуте нивое интелектуалног развоја.

Нове перспективе подршке, а кроз историјски темељ већ поменутих теорија, темеље се на системско-еколошком приступу, односно погледу на развој детета који је холистички (сви домени развоја: когнитивни, језички, физички, социјални и емоционални, међусобно повезани), динамичан (окружење треба да се мења како би остало подстицајно и респонзивно на промене индивидуалне потребе детета), трансакциони (развој се подстиче двосмерним, реципрочним интеракцијама детета и његовог окружења, а исходи се виде као резултат сталног, динамичног међусобног деловања понашања детета, одазива родитеља на понашање детета и варијабли везаних за окружење које могу утицати и на дете и на родитеља), (знање или развој су јединствени, што значи да појединац гради сопствену, јединствену перспективу) (Портер 2002).

Кроз историју ране интервенције и подршке породицама и деци са сметњама/кашњењима у земљама које имају праксу и процедуре у овом домену, налазимо на програме који су упућени родитељима, деци и истовремено родитељима и деци кроз кућне посете, едукације, третмане.

ПОДРШКА РОДИТЕЉИМА ПУТЕМ КУЋНИХ ПОСЕТА. Неки од истраживаних програма који се пружају кроз кућне посете јесу: програми који за циљ имају унапређивање дечјег здравља и развоја, подршку родитељима у припреми детета за школу, побољшавање родитељских вештина, побољшавање квалитета живота мајки, превенција занемаравања и злостављања деце. Око пола милиона деце у САД је укључено у програме кућних посета који пружају различите услуге, у различитим нивоима (The Future of Children, 1999). Наведени облици програма кућних посета представљају патронажни метод пружања услуга. С обзиром да се ради о индивидуалним програмима, они се могу драматично разликовати, односно варирати у односу на узраст детета, статус ризика у породици, опсег пружаних услуга, интензитета кућних посета и садржаја програма који се користи у подршци. Осим тога, програми се разликују у погледу тога ко пружа услуге, како се успешно реализује програм и какав је опсег и врста исхода. Оно што је базична хипотеза, на којој почива програм кућних посета је веровање да ће услуге испоручене у дому имати неку врсту позитивног утицаја на породице и да мењање родитељске праксе може имати мерљиве и дугорочне користи за развој детета.

Кућне посете су током деведесетих година широм света (САД, Аустралија, Европа) биле врло присутан метод за пружање подршке породицама. Посебно за породице високог ризика са одојчади и малом децом. Пружање услуга овог типа у породичном дому може бити корисна и ефикасна стратегија. Циљеви оваквих посета јесу да се родитељима пруже праве информације, емоционална подршка, могућност приступа осталим сервисима подршке, као и директне инструкције о пракси родитељства (програми се у том смислу разликују у циљевима и начинима достизања истих). Многи програми су спроведени, а тек неколико њих ригорозно евалуирало, коришћењем случајног узорка у интервенцији или контролне групе. Чланци у *The Future of Children*, један у 1993, а други у 1999, су се фокусирали на програме кућних посета и обрадили ефекте ових програма (Gomby и сар., 1999). Резултати неколико мета-анализа на ову тему говоре да програми кућних посета имају позитивне ефекте за учеснике, али и да су ти ефекти често скромни. Неке студије, као што су оне које тестирају ефикасност сарадње педијатријске сестре и породице, показале су позитивне резултате у

више домена за обоје, за мајке и децу, са трајношћу ефеката и у адолесцентном периоду. Друге студије, међутим, као што је Hawaii Healthy Start Program и њој слични Healthy Families America програми су имали ограниченији успех, (Center On The Developing Child at Harvard University 2007). Широка варијабилност у програмима отежава сигурно закључивање о условима под којима је кућна посета најефикаснији програм подршке. Већина америчких програма ове врсте има проблем да пружи услуге на планиран начин. Програм свобухватног дечјег развоја спроведен је у 21. месту и у њега је било укључено 4411 породица (Comprehensive Child Development Program). Упркос великим трошковима није пронађена значајна добробит за породице, у поређењу са контролном групом. Нека места су имала тешкоће да овај програм интегришу са већ постојећим услугама, породице су добиле само половину предвиђених посета. Висока стопа осипања узорка (од 20% до 60%) и тешкоће у ангажовању породица излистане су као ограничења у спровођењу овакве врсте подршке. Овакве студије имале су тачно утврђен план услуга, одређене циљеве. Нису имале могућност да се прилагоде потребама исте, односно да изграде индивидуални план услуга породици. У студијама чији је циљ био унапређивање дечјег здравља и развоја од 5 студија, 3 нису пронашле значајне ефекте непосредно након спровођења, као ни четири године после, али након 15 година излистани су значајни ефекти лонгитудиналне студије које су резултате показале у следећим параметрима: мање хапшења и осуда, ређе коришћење алкохола и дрога, мање сексуалних партнера, него у групи која није била обухваћена интервенцијом.

Један од облика подршке кроз кућне посете обавља се кроз подршку родитељима у припреми детета за школу. Спремност за школу обезбеђује се кроз програм кућне наставе за најмлађе предшколце (Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY), (Baker и сар., 1999). Програм је осмишљен да помогне родитељима који имају ограничено образовање да припреме децу (узраста од 4 до 5 година) за полазак у школу. Ограничење у доношењу јединствених, валидних закључака о ефикасности ових програма јесу значајне програмске варијације различитих програма подршке, осипања узорака током спровођења, дијаметралне породичне карактеристике.

Побољшавање родитељских вештина кроз програм подршке „Мајке даблинске заједнице“ (Dublin Community Mothers), још један од облика подршке истражен у током прве евалуације овакве врсте подршке, 1993 године. За овај програм студије проналазе побољшања у параметрима: мајке више читају својој деци, играју се са њима више когнитивних игара (Johnson и сарадници, 1993). Овакве чињенице упућују да деца на овај начин имају

стимулативнију средину у којој ће складно изградити свој когнитивни потенцијал, учврстити однос са родитељима, стећи сигурност и самопоуздање и да би, уз контролну групу са што сличнијим карактеристикама и уз лонгитудинално праћење, оваква хипотеза у неким наредним студијама могла бити испитана.

Програми који су за циљ имали побољшање квалитета живота мајки у програмима кућних посета показују следеће позитивне ефекте: мајке имају мање брзих узастопних трудноћа, чешће су запослене, ређе злоупотребљавају алкохол и дроге, ређе испољавају криминално понашање. Сви параметри који показују бољитак код мајки, као такви, чине адекватније окружење за дете које би, да подршке нема, одрастало у ризичним психосоцијалним околностима. Програм „Мајке даблинске заједнице“ (Dublin Community Mothers) спроводио се и евалуирао и током 2009, 2010, 2011 (чије извештаје смо имали прилику да сагледамо) кроз програм кућних посета и по питању ефеката истичу се и побољшавају: исхрана, самопоштовање и самопоуздање мајки, мајке ређе имају постпорођајну депресију.

Hawaii Healthy Start програм бележи побољшање родитељских способности, чешће коришћење ненасилних дисциплинских мера (Duggan и сарадници, 1999).

Све поменуте студије показале су позитивне ефекте на суптилнији или супериорнији начин, но у генералном запажању не можемо извести закључак о најучинковитијој процедури. Саме студије и мета-анализе до којих смо дошли говоре о томе да се у узорку велики број породица осипа, да у организацији није испоручен велики број замишљених услуга. Аргумент, који се противи овој униформности пружања истих врста услуга различитим породицама, јесте да деца имају различите капацитете и слабости, породице се разликују по својој структури, проблемима и потребама и тешко је „скројити“ програм који ће одговарати и максимални учинак остварити, у свакој од њих. Нису праћене индивидуалне карактеристике и потребе конкретне породице, услуге прилагођавања са идејом да дете и чланови породице имају максималну добит.

Још један од могућих начина подршке који треба размотрити јесу ПРОГРАМИ ОБРАЗОВАЊА РОДИТЕЉА. Подршка родитељима деце са сметњама/кашњењима у развоју, могао би бити програм едукације, односно примена програма образовања родитеља. Оваква врста подршке пружа могућност да се оснажи понашање родитеља, умањи утицај фактора ризика (који постоје у породици, у поступцима или у небризи родитеља), промовишу протективни фактори, како би се побољшали развојни исходи деце. Родитељи чија су деца

учествовала у Head start програмима (Webster-Stratton, 1997) били су уврштени у едукацију која је трајала 8 недеља и састојала се од презентација видео материјала који приказују реалне проблеме родитеља у одгајању деце и тако позитивно утичу на моделовање родитељских вештина. Након пуштања видео приказа обезбеђена је дискусија, везана за сагледани материјал, која је помогла у изношењу дилема и учвршћивању родитеља на путу примене наученог. У евалуацији ове едукације показали су се следећи ефекти: битно је редукован критицизам мајке према детету, смањило се коришћење строгих дисциплинских мера, мајке су биле позитивније и компетентније у обављању родитељских дужности. Код деце се у току примене овог програма приметило мање проблема у понашању, мање тврдоглавости, више позитивних осећања. У поновном истраживању обављеном након годину дана, већина ефеката се одржала.

Програм позитивног родитељства (*The Positive Parenting program*) вишедимензионална превентивно оријентисана стратегија за породице и родитеље како је назива Sanders (1999). Циљ овог програма био је да спречи тешке бихејвиоралне, емоционалне и развојне проблеме деце, унапређујући знања, вештине и самопоуздање родитеља. Резултати програма се евалуирају од 1997. године. Скорашњи подаци показују утицај интервенције на трогодишњаке са израженим дисруптивним понашањем, а који потичу из породица са високим нивоом конфликта родитеља, депресивности мајке, породица с једним родитељем, из породица ниског социоекономског статуса. Интервенција у овом програму одвијала се на три нивоа: стандардном, интензивном и самоусмеравајућем. Стандардне и интензивне интервенције укључивале су терапеуте који су радили са децом, док их у самоусмеравајућим није било. Деца чији су родитељи били у групама са терапеутима показивала су нижи ниво дисруптивног понашања. Родитељи су ефекат ових интервенција приказивали кроз нижи ниво дисфункционалног родитељства, већу родитељску компетенцију, задовољнији су били интервенцијом, него самоусмеравајућа и контролна група. Ипак, после периода од једне године све три групе које су учествовале у интервенцији имале су сличан и значајан ниво побољшања понашања.

Истраживачка јединица оксфордске здравствене службе дала је систематски преглед литературе која се бавила ефикасношћу обука родитеља које су за циљ имале смањивање проблема у понашању код деце (Barlow и сар. 2008). Пронашли су овом приликом да су сви програми стварали промене у понашању деце, а програми који су имали бихејвиорални приступ били су најуспешнији. Групне обуке родитеља у заједници стварале су више промена

у понашању деце и биле су пријатније родитељима, него индивидуални, клинички оријентисани програми.

Едукација родитеља, као облик подршке, примерена је и може послужити као озбиљан сегмент у свеобухватној подршци, која би поред овога имала сегмент праћења детета и укључивање истог у програме едукације, у оквиру система. Примереност ове врсте подршке јесте уочљива и у ситуацији када родитељи изражавају забринутости за дете које немају још увек конкретну предикцију кашњења развоја. Родитељ је забринут, а дете не показује знаке кашњења. Ми ћемо му пружити едукацију која ће га учинити компетентним, да дете стимулише у областима своје забринутости и тако омогућити да дете не „склизне“ у кашњење. Сви горе описани програми били су усмерени на родитеље. Програми који су усмерени и на децу и на родитеље су најуспешнији.

ПРОГРАМИ ЗА ДЕЦУ СА СМЕТЊАМА/ КАШЊЕЊЕМ У РАЗВОЈУ. Истраживач програма који су се бавили децом са сметњама у развоју Шонкоф (Schonkoff, 1987) дао је преглед 31. америчке студије везане за ову тему. У најкраћем опису можемо изнети да глобални закључак, узевши у обзир разноликост програма и варијације у различитим доменима провођења истих, показују да ефекти ране интервенције за децу са ометеношћу испод 3 године јесу успешни у подстицању развоја деце, чије ометености имају биолошку основу. На основу прегледа 105 студија истраживано је који фактори утичу или не утичу на функционисање детета, родитеља и породице (Dunst, Snyder and Mankinen, 1989). Главни закључци ове анализе истичу да је већина деце која је учествовала у програмима ране интервенције развојно напредовала и да је током времена показивала промене у понашању. Овде би било најважније утврдити специфичности интервенције које доводе до ове промене, но, на жалост, специфичност остаје нејасна, али зато најубедљивији докази у погледу ефикасности ране интервенције потичу из студија које су се бавиле децом, чији ризици потичу из окружења. Мало доказа подржава тезу да терапеутски тип интервенције утиче на промене у напредовању детета. Овакви налази потврђују значај усмерености на породицу и пружање услуга унутар ње, а не само кроз индивидуалне терапије упућене детету.

Успешни програми за децу са сметњама/кашњењем у развоју треба да се усмере на дугорочније циљеве. Неопходно је да у себи интегришу вештине и способности повезане са основним развојним доменима и повежу их у социјални контекст. Програми за децу са кашњењем у развоју или сметњама треба да концептуализују процену и интервенцију у оквиру развојног модела и у исто време воде рачуна о утицају различитих контекста у којима се

налази дете и укључе и уваже социјалне и емоционалне односе родитељ/дете. У организацији и осмишљавању програмских активности морамо користити ниво социјалне компетенције и сагледати природно окружење детета, такође морамо имати на уму шири контекст система подршке у локалној заједници, од којих породица може имати користи. Компензаторни програми који су се јавили у Америци шездесетих година, имали су за циљ да изједначе шансе деце која долазе из депривираних средина са шансама деце средње класе, на тај начин што ће им пружити подршку и стимулацију. Ако сагледамо студије које су се бавиле ефектима ових програма, уочавамо да деца постижу одређени успех у погледу социјалне компетенције, док резултати у погледу академског постигнућа нису потпуно испунили очекивања.

Као што смо већ описали, поред конкретних услуга које можемо пружити родитељима и деци у породичном окружењу, кроз кућне посете или центре за рану интервенцију, програме едукације родитеља или компензаторне програме за децу са сметњама или децу из депривираних средина, услуге у оквиру система подршке можемо проширити и програмима за рано учење.

ПРОГРАМИ РАНОГ УЧЕЊА. Деца у ризику по развојне и образовне исхода имају користи од похађања високо квалитетних едукативних програма у годинама пре школе. Програми раног учења који су подржани од стране окружења, које пружају квалификовани едукатори, који су добро посећени, представљају добар ресурс и јесу засновани на доказима да они дају кључни допринос каснијим добрим резултатима у раном детињству. Помагање породицама и заједницама да буду ефикасна подршка, кроз своје улоге у животима деце, представљају кључни заштитни фактор у раном развојном периоду и јесу кључна компонента у дизајну и пружању квалитетних, ефикасних раних програма. Постоје студије које показују да деца која похађају ране програме лошег квалитета показују слабије резултате приликом поласка у школу, нарочито када је „сиромашни програм“ у комбинацији са лошим условима живота у породици, нестимулативном средином у којој дете проводи већину времена током дана. Вештине које деца развијају у најранијем периоду живота (новорођеначкој, дојеначкој доби, као деца и предшколци) су кумулативне и чине основу за каснији развој вештина (Cunha et al., 2006). Рано учење доприноси ланчаном ефекту који појачава почетне капацитете или распирује почетне тешкоће (Stipek, 2005). Као резултат тога, деца улазе у школу са значајним разликама у когнитивним и емоционалним капацитетима, способностима пажње, саморегулаторних и социјалних вештина, неопходних за успех у школском окружењу (Murray & Harrison, 2011; Raver & Knitzer, 2002). Ове разлике су предиктори каснијих академских

постигнућа (Bowes и сар., 2009). Напредак током школовања делимично зависи од нивоа и начина функционисања у раном детињству и од породичног социо-економског статуса. Током раних година, друштвено-економски недостатак повезан је са сиромашнијим исходима детета у језику и писмености, комуникацији, социо-емоционалном функционисању и вештинама раног учења (Edwards и сар., 2009; Nicholson и сар., 2012). Похађање стимулативних програма раног учења у периоду пре школе, показало се као значајна предност за развој деце, нарочито за децу која одрастају у ситуацији социо-економског ризика или децу са сметњама/кашњењима у развоју (Bennett, 2007; Cunha & Heckman, 2006; Lalli, 2007). Међутим, многа од ове деце не буду откривена због неадекватне процедуре, приступа и праћења деце (Bowes и сар., 2011) или цене и квалитета програма (Ryan, 2011). Овај начин разматрања међународних и аустралијских истраживачких студија о програмима раног учења говори да су они ефикасни у промовисању развојних постигнућа и исхода учења. Већи део ових истраживања фокусира се на образовне програме и програме ране интервенције. Програми евалуације раног учења у Аустралији, као и у међународним студијама, показују да укључивање детета у ране програме учења, у години пре поласка у школу, има позитиван ефекат на дечију спремност за школу (Sammons, 2010).

Какве ефекте бележимо по питању ефикасности предшколских програма? У Аустралији, Лонгитудиналне студије аустралијске деце - (the Longitudinal Study of Australian Children, LSAC) су показале да деца која похађају предшколске установе показују више резултате у оквиру рецептивног речника од деце у ексклузивном родитељском старању (Harrison et al 2009.). Постоји неколико анализа у достигнућима деце по питању спремности за школу (у предчиталачким способностима и савладавања предматематичког концепта), у поређењу повременог похађања предшколског са похађањем у пуном радном времену (Sammons 2010) или целодневног боравка у поређењу са полудневним програмом (Aos и сар. 2007) у оквиру чега су се деца значајно разликовала у постигнућима (Harrison et al., 2009). С друге стране, што више месеци у континуитету дете похађа предшколске програме, то има веће бенефиције на његово учење (Sammons, 2010). Похађање програма после друге године живота повезано је са бољитком у интелектуалном развоју, побољшању независности и побољшању концентрације и друштвености у првим годинама школовања (Sylva и сар. 2004).

Истраживања утицаја раних програма неге и утицаја продужене неге (без присуства родитеља), на децу и њихове исходе, постигнућа током васпитно образовног процеса и понашања показују да ранији улазак у формалне програме неге детета (Hansen et al 2010.;

NICHD ECCRN, 2005) или Head start за децу у ризику (Burchinal 2009 et al.; US DHSS, 2010) има утицај и корист на когнитивни развој деце, као и постизање виших језичких достигнућа. Продужено време неге детета може имати ризик за социјални развој / развој дечијег понашања, језичке компетенције и школског учења. Резултати лонгитудиналне студије аустралијске деце указује да су проблеми у понашању код деце узраста 2-3 године били већи код деце која примају 30 или више сати туђе неге, без родитељског старања недељно (Harrison 2008). У узрасту 4-5 година, 30 или више сати без родитељског старања недељно била је повезана са нижим језичким способностима, без обзира на врсту програма раног учења који су деца похађала (Harrison и сар., 2009). У Сједињеним Државама, Belsky и сар. (2007) и Vandell и сар. (2010) показују дугорочне ефекте на повећане проблеме у понашање, у случају продужене неге детета. Истраживања из Канаде, Аустралије, Израела и САД су показала да су се негативни ефекти погоршали у ситуацијама када су деца била укључена у мање квалитетне програме (Lefebvre и сар. 2011; Love и сар., 2003) у којима је био укључен и већи број вршњака (Harrison, 2008; McCartney и др., 2010). Квалитетнији програми обезбеђују већу корист за дечији социјални, емоционални развој и боље исходе учења, посебно за децу из угрожених средина. Студије из САД, Велике Британија и Северне Ирске показују да су деца, која су похађала програме раног учења високог квалитета, постизала боље когнитивне и социјалне исходе приликом поласка у школу (Melhuish). Додатне доказе показују и трајни позитивни ефекти током читаве основне школе (Dearing и сар.). Те предности највидљивије су код деце у сиромашнијим породицама (Dearing и сар., 2009), породицама ниског нивоа образовања родитеља (Watanabe и сар., 2011) или тамо где су присутна деца са сметњама/поремећајима у развоју (Sammons, 2010). Квалитетни програми имају већу корист по способности деце (Burchinal и сар. 2009).

Кроз све претходне описе могућих подршки, у свету, увиђамо да су у центру услуга дете или родитељ. Данашњи тренд и поставке воде у другом смеру, наиме, током протекле деценије, у раним програмима за специјално образовање прешло се са "дете у центру" услуга (тј., посматрања детета као фокус услуга) на приступ "породица у центру" (тј., посматрање породице као фокус услуга). Овакав преокрет променио је и положај и одговорност професионалаца од "експерата и примарних доносиоца одлука" до "супортивних сарадника породице" (Shelton & Stepanek, 1994).

Ранија истраживања бавила су се идентификовањем начина на који добробит родитеља и/или родитељске вештине утичу на програме ране интервенције. Од деведесетих

година прошлог века мења се концепт пожељног утицаја раних интервенција на породице. Имплицитно је уверење да је најбољи начин обезбеђивања позитивних ефеката интервенције на породице пружање услуга у складу са њиховим сопственим циљевима и потребама. Овај приступ: препознаје разлике међу породицама у погледу стила родитељства, уважава контекст, дубље разуме важност адаптивног функционисања породице. Циљеви се шире дефинишу, а фокус се са односа мајка/дете помера на капацитет родитеља да задовоље потребе целе породице. Одавде се развија приступ породица у центру или индивидуални план услуга породици као облик подршке који ћемо у даљем тексту описати.

Приступ породица у центру

Истраживање литературе на тему подршке породицама подржава значај и наглашава предности приступа који види децу и породице на свеобухватан начин, породицу ставља у „центар“ интервенције и подршке (Borg & Paul, 2004; Mason-White, 2012). Инклузивна политике која позива чланове породице, чак и када нису "циљна група", је такође потенцијално важна за породично ангажовање и укљученост (Bowes and Grace 2014). Док позитивни исходи по дете захтевају јаке образовне програме који се спроводе у раном детињству у директном приступу са децом, ангажовање родитеља и подршка за њих, да кроз своју улогу пруже здравствену заштиту, образовање и адекватно родитељство својој деци, је од суштинског значаја. Овакав вид подршке корист доноси свим актерима: породици, деци и раним едукаторима. Заједнички, уз добру сарадњу, породице и професионалци програма раног детињства могу постићи много више него што би могли самостално (Glascoe 1998).

Праксу „породица у центру“ треба организовати на начин да одговара потребама одређене породице. У том смислу, треба бити обазрив да професионалци не мисле о породици као општој структури, већ да промишљају како на специфичан начин да јој послуже и обезбеде конкретну подршку у њеној стварној слици потреба и динамици околности у којима се налази.

У самом концепту приступа „породица у центру“ важно је развити и успоставити добру комуникацију међу члановима породице и професионалцима. Приступ „породица у центру“ у најкраћем опису треба да садржи и пружи:

- основну негу;

- стимулацију развоја детета;
- омогућавање запошљавања породице и
- јачање породичног функционисања.

Из овога закључујемо да породично фокусирани сервиси пружају широку подршку детету са једне стране и имају заступничку улогу у подршци породици са друге стране, јер су се иницијално и развили од „Асоцијације за бригу о дечијем здрављу“ (Association for the Care of Children's Health). Фокус њихове философије јесте да је у животима деце са посебним здравственим потребама главна и најзначајнија улога додељена породици (Brewer и сар., 1989, према Brown, 1997).

Крајњи, а можда и најновији, најважнији исход оваквог приступа у оквиру услуга ране интервенције, у раном детињству, јесте јачање породице. Концепт "јачање породице" подразумева јачање њених могућности, капацитета и способности да подржи сопствени напредак. Јаке породице боље мобилишу своје ресурсе којима подмирују своје потребе и развој. Док је улога породице одавно призната због значајне улоге у развоју деце, утицај програма у раном детињству на јачање породице је релативно нов. Квалитет партнерства између родитеља и стручњака, у оквиру ових поставки, може да омогући стабилност и континуитет напретка за децу и њихове породице. Штавише, када партнерство не постоји или је прекинуто, може доћи до дисконтинуитета у развоју деце, како тврди Berger (1995). Значај оваквог нивоа сарадње са породицом видимо и кроз оквир сарадње у предшколским установама, где морамо сагледати евентуалну забринутост родитеља за дете, пружити одговоре и подршку родитељима и детету, у том контексту.

У ситуацији када породица пролази кроз значајне промене, турбуленције у стварности са којом су суочени, стабилне службе могу да обезбеде неопходну подршку за децу и њихове породице. Оптимално, деца ће имати континуитет у стимулативној средини код куће и у оквиру услуга раног програма, што ће резултовати низом позитивних исхода за дете и породицу. Када у предшколској установи успоставимо процедуру сталног праћења деце, евалуирамо родитељске коментаре и забринутости, добијамо повратне информације и корелирамо их са оним што видимо у колективу, добијамо могућност да у спреси и сарадњи са родитељима, омогућимо детету да развије све своје потенцијале и евентуално превазиђе кашњења у развоју.

Како би олакшали спровођење оваквог приступа неопходно је ускладити потребе породице, стручну подршку и координирати читав процес. Први инструмент био би *Индивидуализовани план услуга породици (The Individualized Family Service Plan (IFSP))*.

Индивидуални план услуга породици (ИПУП) је план посебних услуга намењен деци са сметњама/кашњењима у развоју. ИПУП важи само за децу од рођења до три године старости. Када дете напуни три године наступа индивидуални образовни програм (ИОП). Овај програм је креиран од стране америчког јавног права 99-457. ИПУП се реализује уз координатора услуга и испуњава услове постављене од стране детета и породице. ИПУП идентификује индивидуалне параметре за подршку и услуге које ће побољшати развој детета. Обично се ради у интервалима на шест месеци, али може да се уради по потреби и чешће. План треба да садржи процену тренутног нивоа дететовог развоја у свим областима, изјаву о циљевима-исходима за дете и породицу, службе подршке које ће бити одговорне за постизање тих циљева, неопходне услуге за дете и породицу у циљу остварења очекиваних исхода (које услуге, ко ће их пружати, како, када и где).

Главна разлика између ИПУП-а и ИОП-а је у томе да се ИПУП фокусира на дете и породицу, односно на услуге неопходне породици, како би дете имало стимулативну средину и адекватну подршку у правцу побољшања сопственог развоја. ИОП се фокусира на образовне потребе детета. ИОП представљају окосницу укључивања детета у васпитно-образовни контекст, својом структуром води рачуна о свим аспектима који тај процес чине таквим да буде по мери и потребама детета (Илић, Илић-Стошовић, Николић, 2010).

Директно укључивање породице у доношење одлука о њиховој деци треба да резултира бољом сарадњом родитељ-стручњак. Поред тога, побољшана сарадња између породице и професионалаца, треба да резултира побољшаном реализацијом заједнички договорених циљева за децу и њихове породице. Због тога што су услуге и ресурси, за децу са развојним кашњењима и њихове породице, поделени кроз различите кадрове, услуге и поставке, стручњаци су препознали критичну потребу за бољом координацијом услуга на овом нивоу (Bailey, 1994). Како би постигли договорено, неопходан је координирани рад кроз овакав вид подршке деци са сметњама/кашњењима у развоју и њиховим породицама, односно неопходан је сервис за координацију услуга. Координатор сервиса је неко ко помаже породици у добијању адекватних услуга и праћењу детета, треба да буде упознат са децом са сметњама/кашњењима у развоју, расположивим ресурсима и захтевима у оквиру ране интервенције. Они треба да помогну породици у контакту са сервисима који пружају услуге за

децу (Powell, 1989). Конкретно, координациони сервис укључује координацију услуга процене и евалуације, ране интервенције, пружање здравствених услуга и развој и праћење Индивидуалног плана за свако дете [односно, индивидуалног образовног плана (ИОП) и индивидуалног плана услуга породици (ИПУП)].

Код нас постоји Интерресорна комисија, али она не функционише на овом нивоу и не пружа све излистано у опису услуга координационог сервиса. С обзиром да деца са сметњама/кашњењима у развоју имају комплексне потребе и многи понуђачи услуга су укључени у рад са породицама, ниједна професија или агенција нема сво знање и стручност потребну да задовољи све потребе деце и породица (Bruder & Bologna, 1993). Због тога, пружаоци услуга и породице треба да сарађују и користе своје колективне ресурсе и експертизе, како би обезбедили ефикасне услуге за децу и њихове породице, без непотребног дуплирања истих. Да би се олакшали сарадња и координација сервиса, локалне заједнице се подстичу да развију формалне и неформалне споразуме међу различитим ресорима, како би се обезбедило правовремено пружање услуга и неопходних ресурса породици. У овом смислу на локалном нивоу, код нас, требало би направити везу вртића и домова здравља (развојних саветовалишта), дневних дечијих центара, специјалних школа (уколико постоје на тој општини). Координационо тело могло би бити везано за Интерресорну комисију и прослеђивати јој информације о томе шта све постоји на локалном нивоу, који системи услуга, а да могу бити у служби конкретних потреба потенцијалне породице.

Процес координације услуга треба да обухвати сарадњу између чланова породице и свих пружалаца услуга, који су укључени у пружање услуга деци са сметњама/кашњењима у развоју и њиховим породицама. Ефективна координација служби би требало да резултира директним укључивањем чланова породице у одређивању који се сервиси и ресурси могу обезбедити и користити.

Сагледавајући процес координације услуга за децу са сметњама/развојним кашњењима, увиђамо неколико типова сарадње која могу бити укључена:

- сарадња између породице и професионалаца;
- сарадња међу стручњацима и
- сарадња између различитих агенција.

Сарадња између породице и професионалаца

Породице могу да сарађују са професионалцима на више начина. Прво, чланови породице треба да имају кључну улогу у сваком процесу процењивања. Linder (1993) препоручује колаборативно партнерство са породицама, током процеса процене, од иницијалног поднеска до стварне процене. У скоро свим случајевима, родитељи своју децу знају много боље од професионалаца и имају обиље информација које могу да допринесу окончању сваке свеобухватне процене. Када су родитељи активно укључени у процену и у план интервенција, они су постали партнери, а њихови односи са стручњацима попримају виши ниво сарадње. Заиста, процес процене је обично први корак у успостављању позитивне и обострано корисне породично професионалне сарадње. Друго, чланови породице и стручњаци могу да сарађују током пружања услуга. Када су чланови породице укључени у процес процене и планирања, они постају активни "учесници", а више мотивисани да спроводе заједнички утврђене циљеве за своју децу и породицу. Дакле, родитељи постају значајни партнери у развоју појединих програма за децу и породице [тј. Индивидуални Планови Услуга Породици (ИПУП)] и децу [индивидуални образовни планови (ИОП)]. Треће, многи чланови породице могу да изаберу да се директно укључе у активности за стимулацију развоја своје деце. Активно учешће чланова породице у процени, планирању и реализацији заједнички утврђених циљева треба промовисати да подрже појаву породично-професионалног партнерства. На пример, Bloch and Seitz (1989) развили су "family friendly" процену која олакшава развој сарадње и партнерства између родитеља и професионалаца. Користећи Блохов и Сајцов приступ, и родитељи и стручњаци попуне развојну чек листу, базирану на њиховим запажањима о деци, код куће и у разреду. Резултати процене се дискутују на састанку, на којем заједнички учествују родитељи и стручњаци као чланови тима, а интервенције и стратегије се планирају на основу информација заједничке процене. Сарадња родитеља и стручњака у процени и планирању интервенције код родитеља изазива виши степен осећања компетентности, као и то да су у оквиру тима за планирање програма за своје дете значајни учесници (Niemeyer, Bass, 1997).

Када оснажимо породице, оне постају компетентније и способније и могу боље да задовоље своје потребе. Својствено савременим приступима је оснаживање ка успостављању и неговању сарадничких односа између чланова породице и професионалаца, који су укључени у пружање услуга.

Ако, с друге стране, стручњаци имају своје традиционалне улоге и покушају да доносе одлуке о услугама и ресурсима, чланови породице ће бити искључени из процеса координације. То може да доведе до ситуације у којој чланови породице постану превише зависни од професионалаца или тога да они не могу пратити препоруке, које су се развиле без њиховог директног учешћа у процесу планирања. Иако нехотично, уклањање чланова породице из процеса координације може да угрози њихову способност да буду или постану самостални доносиоци одлука, у погледу поштовања потреба своје деце и потреба породице. Дакле, важно је за професионалце да раде на оба поља, да пружају подршку и едукацију члановима породице, да им помогне да стекну и боље разумеју кључне информације о услугама и ресурсима, који би могли бити од користи за њихову децу и породицу. Поред тога, чланове породице треба подржати да постану проактивни доносиоци одлука, који сарађују са стручњацима на тему које услуге и ресурси треба да буду одабрани, да задовоље потребе њихових породица.

У последњих неколико година, сервиси координације и сарадње су постали кључне компоненте, које пружају квалитетне услуге деци са развојним кашњењима и њиховим породицама. Иако савремене методе за координацију треба да се разликују у зависности од потреба деце и жеље њихових родитеља, циљ сваког процеса координације за професионалце треба да буде сарадња са свим члановима породице. Ово се постиже пружањем информација о услугама у заједници и ресурсима, а затим кроз помоћ и подршку члановима породице, док су у процесу примања тих услуга и ресурса (Bailey, 1994).

Један од примера програма породично – професионалних партнерства, развијених у САД је „Породица, одојчад, предшколски програм (ПОПП, The Family, Infant, and Preschool Program (FIPP)) у Моргантону, Северној Каролини. Овај програм представља пример сеоског, руралног програма чије особље годинама спроводи праксу „породица у центру“ (McGonigel i Garland, 1988). ПОПП стручњаци активно укључују родитеље у процес процењивања деце и развој свих стратегија интервенције. Родитељи идентификују потребе своје деце и породице попуњавањем "family friendly" процене дечијих и породичних потреба и приоритета. Чланови породице, такође, учествују као чланови тима у дискусијама током праћења програма интервенције. Након почетног оцењивања, чланови породице и професионалци заједнички развијају план интервенција и одређују улогу за сваког члана тима и одговорности за спровођење одређеног дела плана (тј. акционог плана).

Слично ПОПП-у, у програму „Ресори за развој детета“ (РЗРА, Child Development Resources (CDR)), професионалци блиско сарађују са члановима породице приликом одређивања њихових потреба и идентификовању опција подршке ресурса и услуга заједнице. Током процеса планирања родитељи доносе све коначне одлуке о услугама и ресурсима, који ће бити пружени њиховој породици .

Последњи пример партнерства родитељ-професионалац приказан је у пројекту БЛЕНД, програму који је демонстриран у Нешвилу, у Тенесију где су оснивачи покренули и обезбедили службу за рану интервенцију за породице са децом са сметњама/кашњењима у развоју (Brown и сар., 1997). Слично као и у ПОПП и ЦДР програм, пројекат БЛЕНД укључује индиректни сервис пружања услуга који наглашава развој партнерства родитељ – професионалац, као начин подршке инклузији деце у друштво, на бази програма бриге о деци. Мобилни специјални едукатори (раног детињства) раде у сарадњи са члановима породице, особљем за негу детета и особљем сродних услуга (нпр. логопед, физиотерапеут), како би осигурали остварену сарадњу и активност родитеља, као пуноправних чланова тима, у планирању сервиса и услуга за своју децу. Примарна улога БЛЕНД особља је да промовише тимску комуникацију и сарадњу са породицама, док уједно координира услуге и обезбеђује ресурсе за исту. Професионалци у три предходно поменути програма ране интервенције, као и професионалци у многим другим програмима широм САД, показали су да уз породично-професионалну сарадњу, стручњаци (професионалци) могу бити много осетљивији да одговоре на забринутости и приоритете чланова породице, везано за сервис услуга које пружају деци и породици.

Сарадња међу стручњацима (професионалцима)

Како би процес идентификације и подршке деци која имају развојна кашњења био адекватно постављен и текао у најконструктивнијем смеру, неопходна је сарадња свих стручњака, који би се нашли у овој процедури. С обзиром да овакав систем постоји у свету већ деценијама, покушаћемо да приближимо нивое и облике сарадње, који су се показали ефикасним у овом процесу. На овај начин, користећи чињенице доказане ефикасне сарадње, треба применити ове стандарде, кроз неопходна прилагођавања, на најекономичнији начин, а у најбољем интересу детета и његове породице.

Сарадња међу пружаоцима услуга из различитих дисциплина (васпитачи “early childhood teachers“ , рани специјални едукатори “early childhood special educators“ и различити сродни професионалци нпр. окупациони терапеути, физиотерапеути, логопеди, медицинске сестре), јесте од кључне важности за идентификацију, укључивање и подршку деци са сметњама/кашњењима у развоју у програме ране интервенције. Савремени колаборативни приступ, који се често користи у раним инклузивним програмима, јесте трансдисциплинарни тимски приступ (Raver, 1991; Rainforth, York & MacDonald, 1992). Трансдисциплинарни тим се дефинише као заједнички тим стручњака, парапрофесионалаца и родитеља, који размењује информације, знање и професионалне вештине у планирању и спровођењу индивидуализованих програма за децу са развојним кашњењима. Размена експертизе која иде преко традиционалних граница различитих дисциплина је критичан аспект трансдисциплинарних тимова (Eagen, Petisi & Tools, 1980).

Користећи трансдисциплинарни приступ, различити професионалци раног детињства, без обзира на њихове специфичне дисциплине, заједно са члановима породице се залажу за интересе деце са развојним сметњама/кашњењима. Постоји неколико заједничких карактеристика које могу подржати трансдисциплинарни приступ. Прво, чланови тима из различитих дисциплина морају да схвате да ниједна дисциплина нема монопол, ни сву потребну стручност, за спровођење ефикасног комплетног сервиса услуга деци са сметњама/кашњењима у развоју у раном детињству и њиховим породицама. Дакле, узајамно поштовање вредности и доприноса других чланова тима и дисциплина је неопходан услов за ефикасну сарадњу тима. Друго, чланови тима морају бити вољни да поделе своје знање и да раде у правцу имплементације и евалуације различитих стратегија интервенције, за добробит деце са сметњама/кашњењима у развоју и њихових породица. На крају, чланови тима морају да имају сличне и заједнички договорене циљеве за децу са сметњама/кашњењима у развоју.

Сараднички однос између васпитача (васпитача раног детињства) и раних специјалних едукатора су слично успостављени, као у трансдисциплинарним тимовима. Постоје два честа модела сарадње између васпитача и специјалног едукатора: тимски модел наставе и модел колаборативних консултација. У оквиру оба модела они функционишу као тим, који заједнички ради на обезбеђивању одговарајућих услуга за децу са сметњама/кашњењима у развоју и за њихове породице. У моделу тимског подучавања, васпитач и специјални едукатор раде заједно у истој предшколској установи са децом која имају сметње и са оном која немају.

Они сарађују у процесу планирања, организовања и реализације васпитно-образовних програма за сву децу у групи. Оба стручњака су партнери у учионици и имају једнаке професионалне одговорности. Често, они допуњују један другог, доносећи различите професионалне одлуке и експертизе у области услуга, у оквиру раног детињства. На пример, васпитач може да има велико знање о развоју детета и може знати како да мотивише и укључи децу у развојно одговарајуће активности. Специјални едукатори, са друге стране, знају како да идентификују појединачне потребе деце са развојним кашњењима, како да прилагоде активности у учионици, како би задовољили све идентификоване потребе, како да се изврше одговарајуће стратегије за социјално укључивање деце са сметњама/кашњењима у развоју у различите предшколске активности и како да развију стратегије интервенције за промоцију специфичних развојних компетенција (нпр. activity-based interventions- “интервенција базирана на активности“, peer-initiated social skills interventions -„вршњачки подстакнута социјална вештина“). Слично трансдисциплинарном тиму, мада у мањем обиму, тим стручњака сарађује и дели своја знања, професионалне експертизе о малој деци. Иако „наставни тим“ често представља професионални изазов за наставника, користи од сарадње у планирању наставе треба да обезбеде боље инклузивне услуге за децу са и без сметњи/кашњења у развоју. Поред тога, у времену које „коаутори наставници“ ефективно проведу у партнерству, током размена њиховог комплементарног знања, долази до побољшања њихових професионалних компетенција (Niemeyer, Bass, 1997).

Други модел је „модел сарадничке консултације“. Специјални едукатор посредно служи, он пружа подршку једном броју деце са сметњама/кашњењима у развоју и најчешће је одговоран за подршку у процесу планирања, спровођења и вредновања индивидуалних планова те деце. У оквиру овог модела, прате децу са сметњама/кашњењима у развоју и пружају подршку у више предшколских објеката, широм локалне заједнице. У овом моделу, специјални едукатори су одговорни за развој индивидуалних образовних планова (ИОП) или индивидуалних планова услуга породици (ИПУП), текућу стручну помоћ и консултације о спровођењу стратегија за остваривање индивидуалних циљева те деце. Њихова одговорност често укључује праћење напретка деце у правцу постизања постављених циљева и комплетирање папирологије за индивидуалне планове. У овом моделу, васпитачи су одговорни за сву децу у учионици, укључујући и децу са сметњама/кашњењима у развоју. Слично односу чланова тима у трансдисциплинарном тиму, специјални едукатори раде у

сарадњи са васпитачима и обезбеђују колаборативне консултације и техничку помоћ, при спровођењу специфичних стратегија интервенције за децу са сметњама/кашњењима у развоју, током активности у вртићу. У оквиру овог модела, специјални едукатори, такође, посећују редовне вртићке групе (на пример, једном недељно, сваке друге недеље), опсервирају (посматрају) и раде са децом током заједничких активности у групи. Радећи са децом са сметњама и децом типичне популације (током регуларних активности), у редовним условима вртићке групе, мобилни специјални едукатори развијају модел интервенције и активности, које су могуће и постижу најбољи ефекат, с обзиром на ресурсе и околности васпитача и вртићких група. Поред тога, они су у стању да прате развојни напредак деце са сметњама/кашњењима у развоју у инклузивним програмима. У прилог раног укључивања деце са сметњама/кашњењима у развоју, мобилни специјални едукатор може бити од вишеструке користи, пружити велики број важних информација. На пример, они могу да пруже важне информације васпитачима о:

- критичним, кључним карактеристикама специфичних поремећаја, инвалидности;
- прилагођавању материјала и рутинских активности, којима се подстичу и подржавају деца са сметњама/развојним кашњењима за активно учење у учионицама,
- како да развију и примене ефикасне, изводљиве планове, уз техничку помоћ (на пример, релеванти сервиси услуга, неформална размена важних информација, ефикасна употреба високо специјализованих консултаната). Ове информације се обично заснивају на потребама које изражавају сами васпитачи (Wesley, 1994).

У оквиру модела „консултативна сарадња“, специјални едукатори су одговорни за заједнички развој и праћење индивидуалних планова, а васпитачи су главни носиоци реализације тих планова у инклузивном одељењу / групи. Због кључне улоге васпитача у реализацији планова, они би требало да присуствују састанцима за планирање ИОП-а / ИПУП-а и да буду интегрално укључени у развој индивидуализованих планова. Као стручњак, који има највише контакта са децом са и без развојних сметњи/кашњења и као члан тима са највише знања о својој групи деце, васпитач би требао да дели важне информације о тренутним могућностима деце и њиховим успесима у предшколским активностима са мобилним специјалним едукатором. Најважније, васпитач, у консултацији са специјалним едукатором, ће бити одговоран за спровођење активности у правцу реализације

интервенције који се односе на циљеве, постигнућа деце планирана њиховим индивидуализованим плановима. Дакле, ефикасно партнерство може да обезбеди практичност индивидуализованих планова и представља важан професионални систем подршке за планирање и спровођење планова за децу са сметњама / кашњењима у развоју, у оквиру инклузивног система.

Сарадња између агенција/служби за подршку и рану интервенцију

Слично породично-професионалној и стручно-професионалној сарадњи, сарадња између заједница и државних агенција је важна за ефикасно пружање услуга деци са сметњама/кашњењима у развоју. Агенције и програми који могу бити уврштени у пружање услуга или подршку деци са сметњама у развоју и њиховим породицама, су:

- социјалне услуге (на пример, јавни програми помоћи, програми подршке злостављанима);
- здравствене услуге (кућно лечење и нега) ;
- образовних сервиса (на пример, посебни програми едукације у раном детињству, центри за асистивну технологију, центри за дијагностику и евалуацију);
- јавне и приватне медицинске услуге (на пример, услуге: педијатрије, неурологије, психологије, физикалне терапије) и
- адвокатске услуге (на пример, групе подршке породици, родитељ-родитељима програми).

Сервис подршке и квалитет пружених услуга ће бити побољшан интегрисањем услуга. Интегрисани модел може побољшати услуге тако што ће реаговати на породичне потребе, смањити фрагментацију служби, и побољшати континуитет услуга (Robinson и сар., 2009; Ware, 2012). Најважније одреднице здравља деце и њиховог учења леже у сарадњи здравствених услуга и школе. Ефикасна комуникација између служби је од суштинског значаја. Bar-Zeev и сар. (2012) сугеришу да је за добру комуникацију и интеграцију услуга неопходно лице чија би основна улога била да подржи сарадњу и размену информација.

II ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА, ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Циљ истраживања је утврђивање стандардне процедуре и избора адекватних метода за процену деце предшколског узраста, кроз прилагођавање постојећих и развој неопходних инструмената у различитим доменима процене детета са развојним сметњама, као и формулисање конкретних поступака у идентификацији области неопходне подршке и интервенције, на нивоу саме предшколске установе.

ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА

1. Утврдити начин идентификације тешкоћа детета у постојећој процедури предшколске установе.
2. Испитати учесталост и структуру развојних сметњи и поремећаја деце укључене у редовне предшколске групе коришћењем PEDS, PEDS DM и БЕК теста, од стране родитеља, дефектолога и васпитача и упоредити добијене резултате.
3. Упоредити учесталост и структуру развојних сметњи добијених коришћењем PEDS, PEDS DM и БЕК инструмената и без њих.
4. На основу резултата процене стручњака утврдити врсту неопходне помоћи деци у редовним предшколским групама и упоредити са врстом актуелне подршке која се пружа овој деци.
5. Предложити јединствени оквир за увођење обавезне процедуре раног откривања деце са развојним сметњама, њиховог праћења и подршке у предшколским установама, као и критеријуме за израду индивидуалних образовних планова.

ХИПОТЕЗЕ

1. Увођење БЕК процене васпитачима ће, путем свакодневног посматрања, олакшати рано откривање заостајања у развоју и неуобичајено понашање деце, као и регистрацију, разврставање и сарадњу са стручном службом.
2. Увођење родитељске евалуације развојног статуса детета (PEDS) ће родитељима омогућити објективнију развојну процену детета и упутства за пожељну родитељску праксу.
3. Увођење PEDS DM инструмента ће стручним службама обезбедити прецизан, валидни развојно бихејвиорални скрининг који пружа могућност откривања, праћења и контроле развоја детета и одређење свих процедура ране интервенције.
4. Постојећи систем подршке деци са сметњама у развоју није свеобухватан и потпун.

III МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

УЗОРАК

Величина узорка: Узорак истраживања чини 289 деце узраста три до седам година укључених у две редовне предшколске установе, 289 родитеља, 63 васпитача запослених у овим установама и непосредно ангажованих са узорком деце, у оквиру којег издвајамо подузорак од 19 васпитача који су вршили процену деце БЕК тестом, 12 чланова стручне службе.

Место и време истраживања: Предшколска установа Раковица, вртићи: Душко Радовић, Орашчић и Изворчић; Предшколска установа Палилула, вртићи: Полетарац, Мали Принц; током 2010/11. године. За свако дете добили смо писмену сагласност родитеља/старатеља.

Опис узорка деце

Од подељених 954 упитника, 300 је враћено са родитељском сагласношћу. Од укупно испитане 300 деце, у завршној обради комплетни подаци присутни су за 289 деце.

Табела 1. Дистрибуција узорка према узрасту

узраст	број	проценат
3 године	9	2.8
4 године	75	26.0
5 година	71	24.7
6 година	123	42.7
7 година	11	3.8
укупно	289	100

Највише деце у узорку је узраста шест година 123 (42.7 %).

Табела 2. Дистрибуција узорка према полу

пол	број	проценат
дечак	155	53.6
девојчица	134	46.4
укупно	289	100.0

Иако је у узорку било нешто више дечака, резултатаи χ^2 - теста ($\chi^2_{(1)} = 1.681$, $p = .195$) показују да фреквенце категорија дечака и девојчица нису статистички значајно различите.

Опис узорка родитеља

У самом процесу испитивања учествовало је 300 родитеља од којих је 289 дало комплетне податке који су анализирани и коришћени у обради за потребе овог истраживања.

Табела 3. Дистрибуција родитеља, према учешћу у процени деце, по полу

	број	проценат
отац	42	14.5
мајка	234	81.0
оба родитеља	13	4.5
укупно	289	100.0

Дистрибуција родитеља према учешћу у процени деце, је била следећа: највеће учешће су имале мајке (234, што чини 81%), забележили смо 42 упитника који су попунили очеви (14.5%), а најређи случај био је да су родитељи заједно учествовали у попуњавању формулара (4.5%).

Опис узорка стручне службе

Табела 4. Дистрибуција чланова стручне службе, према профилу стручњака

	број	проценат
педагог	6	50.0
психолог	4	33.3
логопед	2	16.7
укупно	12	100.0

50% испитиваних стручних служби чине педагози, 33.3% психолози, 16.7% логопеди.

Табела 5. Дистрибуција чланова стручне службе према полу

	број	проценат
женски	11	91.7
мушки	1	8.3
укупно	12	100.0

91.7% стручне службе чине особе женског пола, само један стручњак мушког пола присутан је у овом подузорку.

Табела 6. Дистрибуција чланова стручне службе према годинама радног искуства

број	минимум	максимум	средња вредност	стандардна девијација
12	1	32	8.83	9.944

Просечни радни стаж стручних сарадника је девет година, минимум радног стажа једна година, максимум 32 године.

Опис узорка васпитача

Табела 7. Дистрибуција **васпитача** према предшколској установи

предшколска установа	број	проценат
Палилула	24	38.1
Раковица	39	61.9
Укупно	63	100

61.9% васпитача припада предшколској установи Раковица, док је 38.1% из предшколске установе Палилула.

Табела 8. Дистрибуција **васпитача** према годинама радног искуства

број	минимум	максимум	средња вредност	станд.девијација
63	1,00	33	14.61	10.905

Просечна вредност радног искуства васпитача је четрнаест година, минимум радног искуства једна година, максимум тридесет и три године.

Табела 9. Дистрибуција **васпитача** који су попуњавали Бек тест, према образовању

завршена школа	број	проценат
виша школа	14	73.68
факултет	5	26.32
укупно	19	100.0

73.68% васпитача који су попунили БЕК има завршену вишу школу, 26.32% има завршен факултет.

Табела 10. Дистрибуција васпитача који су попуњавали БЕК тест, **према годинама радног искуства**

број	минимум	максимум	средња вредност	станд.девијација
19	1.00	30.00	14.0758	10.839

Просечни радни стаж васпитача је четрнаест година, минимум радног стажа једна година, максимум тридесет и три године.

ВАРИЈАБЛЕ

Зависне варијабле

Развојна процена детета, у следећим областима:

- способности fine моторике,
- способности грубе моторике,
- социо - емоционални развој,
- самопомоћ,
- експресивни говор, рецептивни говор,
- читање и математика,
- Когнитивни развој (разврставање, памћење, логичко размишљање, креативност),
- Запажање – оријентација (визуелна, аудитивна, тактилно-кинестетска),
- Понашање (агресија у групи, агресија у контакту са васпитачем, стидљивост-сметње),
- Здравље - физичко стање,
- Породична и психосоцијална оптерећења.

Независне варијабле

- врста подршке,
- степен подршке,
- подршка родитељу,
- рад са дететом у некој установи на локалном нивоу (развојно саветовалиште, дефектолог, психолог...).

РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је реализовано у неколико фаза. **Припремна фаза** подразумевала је избор две ПУ на нивоу града Београда, добијање сагласности и анализу постојећих процедура раног откривања деце, инструмената који се користе, начина праћења и врсте подршке деци са сметњама и поремећајима. У овој фази наменски је формиран инструмент намењен васпитачима и стручној служби који мери степен слагања испитаника (васпитачи, сарадници стручне службе) са одређеним тврдњама везаним за процес откривања деце, сарадњу васпитача и стручне службе по истом питању, као и сарадњу васпитача и стручне службе са родитељима.

Након формирања узорка, родитељима и васпитачима подељени су инструменти. Васпитачима је кроз састанке објашњена примена БЕК теста, замољени су да га попуне за свако дете које се по њиховом схватању на неки начин издваја од друге деце. Упоредо са овим процесом, стручној служби и свим васпитачима, упућен је инструмент конструисан у припремној фази истраживања, а на основу кога можемо пратити проблеме и сарадњу на нивоу васпитач-дете, васпитач-стручна служба, стручна служба-васпитач, васпитач-родитељ, стручна служба-родитељ.

Родитељи су имали задатак да у првом упитнику изразе своју генералну забринутост за дете или појединачну у одређеном домену развоја/понашања помоћу PEDS теста. Истовремено, истраживач је процењивао децу PEDS DM тестом, а на основу родитељских одговора на детаљно разложене ајтеме везане за способности детета, њихово функционисање у конкретним задацима очекиваним за узраст. Истраживач је за свако дете, за које је добио сагласност, извршио проверу одговора тако што је дете стављао у конкретне задатке. На овај начин проверни су одговори родитеља и валидност добијених резултата. Неке способности, нарочито у домену социо-емоционалног развоја, нису могли бити проверени у кабинетским условима, па су прихватане тврдње родитеља или васпитача. Кроз све нивое истраживања добили смо могућност да извршимо испитивање учесталости и структуре развојних сметњи и поремећаја код деце укључене у редовне предшколске установе контролисаном проценом родитеља, васпитача и дефектолога.

У следећој фази, анализом резултата добијених на PEDS -у (где смо уочили забринутост родитеља) и PEDS DM тесту добили смо објективну слику способности деце у свим доменима развоја, па тако и развојна кашњења, дата у процентима. Са друге стране,

могли смо да квалитативном анализом планова и извештаја предшколских установа за годину у којој је обављено истраживање сагледамо и утврдимо капацитете установа, односно идентификујемо врсте и конкретне облике подршке, доступне у систему предшколског васпитања и образовања.

ОПИС ИНСТРУМЕНАТА

1. **Упитник конструисан за васпитаче**, формиран је по принципу Ликертове скале, према којој испитаник има задатак да за сваку појединачну тврдњу изрази степен свог слагања или неслагања на петостепеној скали: „уопште се не слажем“, „не слажем се“, „и слажем се и не слажем“, „слажем се“, „у потпуности се слажем“. Намен је откривању постојеће процедуре откривања деце, процене и подршке у предшколској установи. Тврдње са којима васпитачи означавају степен свог слагања/неслагања односе се на процедуру идентификације, примећивања детета које се не налази у групи деце, комуникације са стручном службом по том и сличним питањима, њеним укључивањем у сам процес процене и подршке детету. У другом делу испитали смо степен слагања васпитача са тврдњама по питању сарадње са родитељима, као и о потреби укључивања стручњака дефектолошког профила у стручну службу предшколске установе.
2. **Упитник конструисан за чланове стручне службе** је конструисан по истом принципу, а намењен је описивању постојеће процедуре откривања деце, процене и подршке у предшколској установи. Тврдње са којима стручни сарадници означавају степен свог слагања/неслагања односе се на процедуру у којој се на позив васпитача одазивају у процесу примећивања детета које се не налази у групи деце, комуникације са васпитачима, давања инструкција и информација везано за конкретан проблем, укључивање у сам процес процене и подршке детету. У другом делу испитали смо степен слагања стручне службе по питању сарадње са родитељима, оптерећења стручњака стручне службе, као и о потреби укључивања стручњака дефектолошког профила у стручну службу предшколске установе.
3. **PEDS / Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)** (Родитељска евалуација развојног статуса (PEPC)), Frances Page Glascoe, Ph.D, 2010 USA. PEDS

(Родитељска евалуација развојног статуса детата) је прецизна и једна од најбржих метода за рану детекцију деце са сметњама и поремећајима. Са десет кратких питања упућених родитељима, PEDS помаже професионалцима да идентификују децу под ризиком за школске проблеме и оне са недетектованим развојним или бихејвиоралним тешкоћама/оштећењима. PEDS представља метод детектовања и адресирања развојних и бихејвиоралних проблема код деце. Укључује процену забринутости родитеља у свим развојним доменима: фина моторика, груба моторика, социо-емоционални развој, самопомоћ, експресивни говор, рецептивни говор, понашање. Стандардизован је на 2823 породице различитог порекла, социо-економског статуса, различите етничке припадности. Ефикасан је у примени са родитељима без обзира на ниво њиховог образовања, прихода, расе, брачног стања или узраста деце. Може се користити од рођења до 8 година. Потребно је пет минута да се попуни уколико је праћен интервјуом и око два минута да се бодује. Мање времена је потребно уколико родитељ попуни кратак формулар за одговоре код куће, пре сусрета. Има вертикални образац за сумирање активности надзора и праћења. PEDS формулар за интерпретацију резултата има простор за листу специфичних одлука, упућивања, додатних испитивања, постигнутих резултата, теме за саветовање, планова за будуће сусрете, итд. Овај формулар може се користити кроз више сусрета, како би пратили дете током времена. PEDS промовише сарадњу родитељ-професионалаца и компетенцију раног откривања (детекције). PEDS такође служи као тријажни инструмент који указује на врсту даље неопходне евалуације или на то да ли је родитељу потребна само једноставна инструкција, тренинг или уверавање у исправност родитељског васпитног стила. Прецизност PEDS-а говори да је степен осетљивости такав да открива 74 до 80% деце са развојним проблемима на узрасту од 0 до 8 година као и то да се специфичност креће у распону од 70 до 80% зависно од узраста, а подразумева да се у овом проценуталном распону прецизно откривају деца која се нормално развијају. Значајно је нагласити и то да се деца не крећу само у ове две категорије, деца са померећајима и деца без поремећаја. Несумњиво постоје она код којих уочавамо сметње, друга код које уочавамо нормалан или надпросечан развој, и један број деце која се налазе на граници између поремећаја и границе просека. Корисно нам је да издвојимо ову децу и њиховим родитељима пружимо савете о оптималним мерама подстицања њиховог развоја. Такође је потребно предузети мере

озбиљнијег праћења ове деце и предлоге упућивања разних едукација и радионица. Glascoe 1998.

4. **PEDS DM (PEDS: Developmental Milestones, Frances Page Glascoe, Ph.D, 2008, USA)** је инструмент за развојно- бихејвиорални скрининг за децу узраста од рођења до 8 година. Препоручен је, у складу са стандардима за рано откривање, од стране: American Academy of Pediatrics, the National Association for the Education of Young Children, the American Nurses' Association, the Bright Futures Guidelines, the Council for Exceptional Children, Head Start, the Royal College of Paediatrics and Community Child Health, the Australian College of Paediatrics, и тако даље. Састоји се од 6 до 8 ајтема за сваки развојни домен: фина моторика, груба моторика, социо-емоционални развој, самопомоћ, експресивни говор, рецептивни говор, читање и математичке способности (за старију децу). Сваки ајтем је формиран у оквиру скрининга за домен из кога су изведена и проблематична постигнућа, као гранична, на 16. перцентил или испод (тачка испод које деца имају велике тешкоће у савладавању редовних програма). Стандардизација и валидација урађена је на 1600 деце широм САД, у оквиру здравствених центара, дневних центара, предшколских установа. PEDS DM поседује осетљивост и спецификације, како кроз развојне домене, тако и кроз узрастне категорије (нивое) у 70% до 95% према стандардима за скрининг инструменте, уз јасне критеријуме за скоровање: неуспех на сваком ајтему сугерише могуће тешкоће у том развојном домену и очекиване перформансе у 16 перцентила. Инструмент омогућава лонгитудинални мониторинг кроз развојни напредак, као и процену употребљиву у програмима ране интервенције. PEDS DM садржи допунске (додатне) тестове корисне у процени и праћењу. Укључује модификовану листу (чеклисту) за откривање аутизма код деце (M-chat), Педијатријску чек листу симптома (the Pictorial Pediatric Symptom Checklist-17), Психосоцијални тест породице, и Vanderbilt ADHD скалу. Садржи све основне параметре како извршити процену и како најбоље осмислити праћење детета, односно читав програм ране интервенције.
5. **БЕК** (Државни институт за рану педагогику Минхен 1998) БЕК треба да олакша рано откривање заостајања у развоју и неоубичајеног начина понашања код деце, као и кооперацију васпитача са стручним службама. Деца могу да се региструју и разврставају на основу свакодневног посматрања од стране васпитача, кроз описе да ли

неко дете показује неуобичајено понашање, без изјава о узроцима неуобичајеног начина понашања - о томе одлучују само за то надлежни стручњаци.

Тест испитује осам критичних области дететовог функционисања:

- Језик и говор (стварање гласова, изградња реченице –граматика, глас-дисање, ток речи- комуникација, језик примерен узрасту, разумевање, моторика уста).
- Когнитивни развој (разврставање, памћење, логичко размишљање, креативност).
- Запажање – оријентација (визуелна, аудитивна, тактилно- кинестетска).
- Моторика (груба моторика, снага, фина моторика).
- Понашање (агресија у групи, агресија у контакту са васпитачем, стидљивост-сметње).
- Појединачни симптоми.
- Здравље-физичко стање.
- Породична и психосоцијална оптерећења.

Тест попуњава васпитач који је у свакодневном контакту са дететом, кроз рангирање одговора на понуђена питања. Рангирање се врши кроз бодовање 0 – неупадљиво, 1 - благо изражено и 2 - јако изражено. Поред рангирања васпитач има и могућност да да опис или примедбу у вези проблемске области у оквиру које описује дете.

СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Примењене су адекватне параметарске и непараметарске статистичке методе којима су тестиране истраживачке хипотезе.

За статистичку обраду података коришћене су следеће методе:

- За опис параметара од значаја, а у зависности од њихове природе, коришћене су фреквенције, проценти, средња вредност узорка, медијана узорка, стандардна девијација узорка, ранг и 95% интервали поверења (95% CI).
- За испитивање нормалности расподеле података/одговора/скорова коришћени су Kolmogorov-Smirnov test i Shapiro-Wilk test
- Приликом тестирања разлика између фреквенци категорија коришћен је χ^2 тест за униваријатне нацрте.
- Приликом тестирања повезаности две категоричке варијабле коришћен је хи-квадрат тест за биваријатне фреквенцијске нацрте.
- Као мера повезаности две категоричке варијабле са ординалним подацима израчунаван је Kendalov tau коефицијент, док је повезаност номиналних варијабли изражавана коефицијентом контингенције C-коефицијент).
- Повезаност нумеричких варијабли изражавана је путем Pearson-Braveovog продукт-момент коефицијента корелације.
- Приликом тестирања значајност разлика између две групе на нумеричкој варијабли коришћен је T-тест за независне узорке.
- Приликом тестирања значајности разлика између више група на нумеричкој варијабли коришћена је анализа варијансе.
- Приликом тестирања претпоставке да се у основи манифестних варијабли налази ограничен број латентних димензија, користили смо факторску анализу.
- Статистичка обрада података је рађена у статистичком пакету: -SPSS 16.0 for Windows

IV РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Резултати су груписани у 4 подгрупе, на начин који омогућава врло прегледан приказ истраживачких података у контексту примене сваког појединачног инструмента за процену развојног статуса деце, а у складу са постављеним хипотезама. Сви приказани резултати су статистички верификовани адекватним поступцима.

МОГУЋНОСТИ ВАСПИТАЧА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ

Идентификација развојног статуса деце без инструмената(постојећа пракса у ПУ)

У делу истраживања који показује сарадњу између васпитача и стручне службе посебно конструисаним инструментом за ову прилику описујемо постојећу процедуру у предшколским установама.

Табела 11. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **У групи деце са којом радим уочавам децу која се разликују од друге деце у понашању, неким активностима, причи и сл.**

	број	проценат
не слажем се	4	6.9
и слажем се и не слажем	9	15.5
слажем се	26	44.8
у потпуности се слажем	19	32.8
укупно	58	100.0

Са наведеном тврдњом сагласно је у потпуности 32.8% васпитача, слаже се 44.8%, и слаже се и не слаже 15.5%, док се 6.9% не слаже.

Табела 12. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **За свако дете за које приметим неко одступање, издајање другачије понашање у групи деце, обавештавам стручну службу**

	број	проценат
не слажем се	15	24.6
и слажем се и не слажем се	21	34.4
слажем се	17	27.9
у потпуности се слажем	8	13.1
укупно	61	100.0

Са наведеном тврдњом сагласно је у потпуности 32.8% васпитача, слаже се 44.8%, и слаже се и не слаже 15.5%, док се 6.9% не слаже.

Идентификација тешкоћа БЕК тестом

Табела 13. Дистрибуција деце процењене БЕК тестом, по вртићима

	број	проценат
Душко Радовић	8	24.2
Мали Принц	15	45.5
Орашчић	3	9.1
Полетарац	7	21.2
укупно	33	100

БЕК тест је попуњавало 19 васпитачица из четири вртића. Попуњено је 33 протокола за исто толико деце: 45.5% из „Малог Принца“, 24.2% из „Душко Радовић“, из вртића „Полетарац“ 21.2%, а 9.1% из „Орашчић“.

Табела 14. Дистрибуција резултата **према полу** процењене деце.

пол	број	проценат
девојчице	11	34.4
дечади	21	65.6
укупно	32	100.0

Подузорок деце процењене БЕК тестом 65.5% чине дечади, 34.4% девојчице. За једно дете узорка није дата информација о полу, име и презиме написани су иницијалима.

Табела 15. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Погрешно изговара гласове или гласовне везе, изоставља их или замењује другим** (Стварање гласова).

опис	број	проценат
неупадљиво	15	51.7
благо изражено	11	37.9
јакo изражено	3	10.3
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за говор јакo је изражена код 10.3% деце, благо изражена код 37.9% и неупадљива код 51.7% деце.

Табела 16. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Изврће реченице, изоставља речи, брка једину, множину или чланове, ствара погрешне завршетке или погрешан род код врло јасних речи** (Грамматика - изградња реченице).

опис	број	проценат
неупадљиво	17	60.7
благо изражено	7	25.0
јакo изражено	4	14.3
укупно	28	100.0

Наведена тврдња везана за говор јакo је изражена код 14.3% деце, благо изражена код 25% и неупадљива код 60.7% деце.

Табела 17. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Говори кроз нос, има храпав глас, дише неупадљиво** (Глас – дисање).

опис	број	проценат
неупадљиво	17	60.7
благо изражено	10	35.7
јако изражено	1	3.6
укупно	28	100.0

Наведена тврдња везана за говор јако је изражена код 3.6% деце, благо изражена код 35.7% и неупадљива код 60.7% деце.

Табела 18. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Одбија да говори, иако зна** (Ток речи, комуникација детета).

опис	број	проценат
неупадљиво	19	63.3
благо изражено	7	23.3
јако изражено	4	13.3
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за говор јако је изражена код 13.3% деце, благо изражена код 23.3% и неупадљива код 63.3% деце.

Табела 19. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу везану за **муцање детета**.

опис	број	проценат
неупадљиво	24	82.8
благо изражено	3	10.3
јако изражено	2	6.9
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за говор јако је изражена код 6.9% деце, благо изражена код 10.3% и неупадљива код 82.8% деце.

Табела 20. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Говори јако брзо, ужурбано, гута слова и речи, говори врло неразговорно** (Ток речи – комуникација).

опис	број	проценат
неупадљиво	18	60.0
благо изражено	8	26.7
јако изражено	4	13.3
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за говор јако је изражена код 13.3% деце, благо изражена код 26.7% и неупадљива код 60% деце.

Табела 21. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Не говори примерено узрасту, нпр. говори као беба, има оскудан речник, не може доживљаје да исприча примерено узрасту** (Језик примерен узрасту).

опис	број	проценат
неупадљиво	16	55.2
благо изражено	8	27.6
јако изражено	5	17.2
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за говор јако је изражена код 17.2% деце, благо изражена код 27.6% и неупадљива код 55.2% деце.

Табела 22. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Тешко разуме појмове, упутства, захтеве. Показује уопште слабо интересовање за језик** (Разумевање).

опис	број	проценат
неупадљиво	20	66.7
благо изражено	6	20.0
јакo изражено	4	13.3
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за говор јакo је изражена код 13.3% деце, благо изражена код 20% и неупадљива код 66.7% деце.

Табела 23. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Не може да пије помоћу сламчице, не може да прави балончиће од сапунице, има обилно лучење пљувачке** (Моторика уста).

опис	број	проценат
неупадљиво	26	86.7
благо изражено	4	13.3
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за логомоторику благо је изражена код 13.3% и неупадљива код 86.7% деце.

Табела 24. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Има проблеме при разврставању или разликовању количина, боја, облика** (Разврставање-разликовање).

опис	број	проценат
неупадљиво	18	62.1
благо изражено	7	24.1
јакo изражено	4	13.8
укупно	29	100.0

Наведена тврдња јакo је изражена код 13.8% деце, благо изражена код 24.1% и неупадљива код 62.1% деце.

Табела 25. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Има проблеме при памћењу песама, игара са меморијом** (Способност опажања-памћења).

опис	број	проценат
неупадљиво	17	58.6
благо изражено	8	27.6
јакo изражено	4	13.8
укупно	29	100.0

Наведена тврдња јакo је изражена код 13.8% деце, благо изражена код 27.6% и неупадљива код 58.6 % деце.

Табела 26. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Има тешкоће или му је потребно дуго времена да разуме смисао или контекст, нпр. правила игре** (Способност поимања – логичко размишљање).

опис	број	проценат
неупадљиво	16	53.3
благо изражено	9	30.0
јакo изражено	5	16.7
укупно	30	100.0

Наведена тврдња јакo је изражена код 16.7% деце, благо изражена код 30% и неупадљива код 53.3% деце.

Табела 27. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Готово да нема идеја, слабо је креативан у игри или цртању** (Богатство идеја-креативност).

опис	број	проценат
неупадљиво	12	40.0
благо изражено	9	30.0
јакo изражено	9	30.0
укупно	30	100.0

Наведена тврдња јакo је изражена код 30% деце, благо изражена код 30% и неупадљива код 40% деце.

Табела 28. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **„Врло тешко се сналази у просторијама, не може да разликује „горе-доле“, „лево –десно“** (Запажање, оријентација, Визуелна област).

опис	број	проценат
неупадљиво	17	56.7
благо изражено	11	36.7
јакo изражено	2	6.7
укупно	30	100.0

Наведена тврдња јакo је изражена код 6.7% деце, благо изражена код 36.7% и неупадљива код 56.7% деце.

Табела 29. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Има проблема при распознавању звукова или гласова или при налажењу извора звукова** (Аудитивна област).

опис	број	проценат
неупадљиво	23	79.3
благо изражено	5	17.2
јакo изражено	1	3.4
укупно	29	100.0

Наведена тврдња јакo је изражена код 3.4% деце, благо изражена код 17.2% и неупадљива код 79.3% деце.

Табела 30. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Има тешкоће при додиривању или осећају предмета или при разликовању „хладног и топлог“, Храпавог или глатког“, готово да не реагује на болне надражаје** (Тактилно-кинестетска област).

опис	број	проценат
неупадљиво	27	93.1
благо изражено	2	6.9
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за тактилну перцепцију благо је изражена код 6.9% и неупадљива код 93.1% деце.

Табела 31. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Има проблема при трчању, балансирању или скакању, често се спотиче, степеништем хода повлачећи једну ногу уз другу, има тешкоће при имитирању или при извођењу покрета по упутству** (Груба моторика).

опис	број	проценат
неупадљиво	21	72,4
благо изражено	5	17,2
јако изражено	3	10,3
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за моторику јако је изражена код 10.3% деце, благо изражена код 17.2% и неупадљива код 72.4% деце.

Табела 32. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Не може да управља својом снагом ни да је контролисано користи при извођењу гимнастике** (Моторика, коришћење снаге).

опис	број	проценат
неупадљиво	20	69.0
благо изражено	6	20.7
јакo изражено	3	10.3
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за моторику јакo је изражена код 10.3% деце, благо изражена код 20.7% и неупадљива код 69% деце.

Табела 33. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Има проблема при вођењу и држању оловке или при сечењу, при низању перли, при закопчавању или откопчавању, при оцртавању облика** (Фина моторика).

опис	број	проценат
неупадљиво	14	48.3
благо изражено	11	37.9
јакo изражено	4	13.8
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за графомоторику јакo је изражена код 13.8% деце, благо изражена код 37.9% и неупадљива код 48.3% деце.

Табела 34. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Свађа се са другом децом, туче, уједа, гребе другу децу, уништава играчке** (Понашање, агресија у групи).

опис	број	проценат
неупадљиво	17	58.6
благо изражено	8	27.6
јако изражено	4	13.8
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за однос са другима јако је изражена код 13.8% деце, благо изражена код 27.6% и неупадљива код 58.6% деце.

Табела 35. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Понаша се провокативно, изазивачки и дрско, не прихвата ограничења, псује и виче при забранама, игнорише упутства и забране** (Агресија при контакту са васпитачицом).

опис	број	проценат
неупадљиво	21	72.4
благо изражено	5	17.2
јако изражено	3	10.3
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана понашање детета јако је изражена код 10.3% деце, благо изражена код 17.2% и неупадљива код 72.4% деце.

Табела 36. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Мирно и плашљиво дете, увек говори тихо, мало верује у себе, не учествује у заједничким играма, не прихвата одређене улоге у игри са поделом улога** (Стидљивост- сметње).

опис	број	проценат
неупадљиво	13	43.3
благо изражено	9	30.0
јакo изражено	1	23.3
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за понашање детета јакo је изражена код 23.3% деце, благо изражена код 30% и неупадљива код 43.3% деце.

Табела 37. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Не прави разлику између поверљивих и непознатих особа, стално тражи пажњу и физичку близину не уважавајући границе других** (Одсуство дистанце).

опис	број	проценат
неупадљиво	18	62.1
благо изражено	9	31.0
јакo изражено	2	6.9
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за однос са другима јакo је изражена код 6.9% деце, благо изражена код 31% и неупадљива код 62.1% деце.

Табела 38. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Избегава близину и присније контакте чак и са поверљивим особама, реагује на физичке контакте са страхом и одбојношћу** (Страх од близине).

опис	број	проценат
неупадљиво	22	73.3
благо изражено	5	16.7
јако изражено	3	10.0
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за однос са другима јако је изражена код 10% деце, благо изражена код 16.7% и неупадљива код 73.3% деце.

Табела 39. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Узнемирено је и плашљиво и код најмањег повода, брзо се расплаче, дуго плаче, реагује врло осетљиво на критику, дуго се осећа увређеним** (Преосетљивост).

опис	број	проценат
неупадљиво	18	62.1
благо изражено	7	24.1
јако изражено	4	13.8
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за социо-емоционални развој јако је изражена код 13.8% деце, благо изражена код 24.1% и неупадљива код 62.1% деце.

Табела 40. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Не може да седи мирно, копрца се, стално је у покрету, стално скаче** (Моторички немир).

опис	број	проценат
неупадљиво	15	51.7
благо изражено	6	20.7
јако изражено	8	27.6
укупно	29	100.0

Наведена тврдња везана за понашање јако је изражена код 27.6% деце, благо изражена код 20.7% и неупадљива код 51.7% деце.

Табела 41. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Често мења предмет игре, лако му се може одвратити пажња, врло му је тешко да сачека, поступа без размишљања** (Пажња, концентрација - истрајност).

опис	број	проценат
неупадљиво	14	46.7
благо изражено	7	23.3
јако изражено	9	30.0
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за пажњу јако је изражена код 30% деце, благо изражена код 23.3% и неупадљива код 46.7% деце.

Табела 42. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Избегава радне задатке, тешко га је мотивисати, показује мало интересовања, ради полако и због често није готов, ради са мало брижљивости** (Понашање при раду).

опис	број	проценат
неупадљиво	11	36.7
благо изражено	10	33.3
јако изражено	9	30.0
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за пажњу и усмереност на задатак јако је изражена код 30% деце, благо изражена код 33.3% и неупадљива код 36.7% деце.

Табела 43. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Не може да се сам обуче и скине или опере, не може сам да једе, не може да иде у тоалет** (Самосталност).

опис	број	проценат
неупадљиво	23	79.3
благо изражено	6	20.7
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за самопомоћ благо је изражена код 20.7% и неупадљива код 58.6% деце.

Табела 44. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Друга деца га често одбијају, има мало контаката у групи, често се игра сам, није омиљен код деце, готово да нема друга** (Социјални контакти – положај у групи).

опис	број	проценат
неупадљиво	20	66.7
благо изражено	4	13.3
јако изражено	6	20.0
укупно	30	100.0

Наведена тврдња везана за однос са другом децом јако је изражена код 20% деце, благо изражена код 13.3% и неупадљива код 66.7% деце.

Табела 45. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Упишки се** (Појединачни симптоми).

опис	број	проценат
никада	19	79.2
ретко	3	12.5
повремено	2	8.3
укупно	24	100.0

Према тврдњи васпитача током боравка у вртићу упишки се повремено 8.3% деце, ретко 12.5%, а никада 79.2% деце.

Табела 46. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Укаки се** (Појединачни симптоми).

опис	број	проценат
никада	21	87.5
ретко	1	4.2
повремено	1	4.2
често	1	4.2
укупно	24	100.0

Према тврдњи васпитача током боравка у вртићу укаки се повремено 4.2% деце, ретко 4.2%, никада 87.5%.

Табела 47. Дистрибуција деце према одговору васпитача на тврдњу: **Грицка нокте** (Појединачни симптоми).

опис	број	проценат
никада	18	75.0
ретко	3	12.5
повремено	1	4.2
често	2	8.3
укупно	24	100.0

Према тврдњи васпитача током боравка у вртићу грицка нокте често 8.3% деце, повремено 4.2%, ретко 12.5%, а никада 75%.

Табела 48. Дистрибуција деце према одговору васпитача на **здравље и физичко стање деце**

	број	проценти
проблем са видом	2	28.6
тешкоће са слухом	3	42.9
неуобичајено понашање за јелом	1	14.3
телесни недостаци, одузетости	1	14.3
укупно	7	100.0

Од укупно седморо деце коју су васпитачи издвојили као децу која имају неке проблеме са здрављем, телесне недостатке има једно дете, неуобичајено понашање за јелом има једно дете, троје деце има тешкоће са слухом и двоје деце проблеме са видом.

Табела 49. Дистрибуција деце према одговору васпитача на **самосталност у храњењу** (здравље).

	број	проценти
самостално се храни	29	87.9
до скоро је храњен	1	3.0
јако споро и слабо једе	1	3.0
много је спор	1	3.0
за време оброка често омета	1	3.0
другу децу, а и себе забавља, тако што маше рукама и испред очију, стално изводи покрете рукама.		
укупно	33	100

Самостално у храњењу је 87.9% деце, до скоро је храњено 3.0%, јако споро и слабо једе 3.0% деце, много споро једе 3.0%, омета другу децу док једе 3.0% деце.

Табела 50. Дистрибуција деце према одговору васпитача на **телесне недостатке** (Здравље и физичко стање деце).

без видљивих телесних недостатака	30	90.9
хемипареза- одузетост леве стране дела	1	3.0
ноге иду у х у коленима	1	3.0
вуче једну ногу, гегав ход	1	3.0
укупно	33	100.0

У оквиру телесних недостатака васпитачи примећују хемипарезу код једног детата, деформацију колена (х ноге) код једног детета, вуче једну ногу односно има гегав ход једно дете. 90.9% деце је без видљивих телесних недостатака.

Табела 51. Дистрибуција деце према одговору васпитача на **запуштеност, занемаривање детета** (Породична и психосоцијална оптерећења).

није уочена	31	90.9
нередован сан детета (непотпун одмор)	1	3.0
развод родитеља, растрзаност, често је са баком	1	3.0
дозвољено му је све	1	3.0
укупно	33	100.0

Васпитачи уочавају једно дете које има нередован сан, једно дете живи у условима развода и једно дете за које тврде „дозвољено му је све“.

Табела 52. Дистрибуција деце према одговору васпитача на **примећена оптерећења социјалне категорије** (Породична и психосоцијална оптерећења).

без приметног оптерећења	29
колективни смештај	1
пресељење	1
скучене стамбене прилике, сиромаштво	1
скучене стамбене прилике	1
укупно	33

Социјалне категорије које примећују васпитачи јесу: колективни смештај (једно дете), пресељење (једно дете), скучене стамбене прилике, сиромаштво (једно дете).

Табела 53. Дистрибуција деце према одговору васпитача на опис **Терапије на коју дете иде** (Терапија-поспешивање-саветовање)

	број	проценти
према њиховом сазнању не иде на терапије	31	93.9
код логопеда	2	6.0
Укупно	33	100.0

6.0% деце иде код логопеда, 93.9% према сазнању васпитача не иде на терапије.

Статистичка поређења

Табела 54. Дистрибуција резултата идентификоване деце према БЕК-у у укупном узорку деце

идентификован	број	проценти
није	269	93.1
јесте	20	6.9
укупно	289	100

6.9% деце укупног узорка идентификовано је БЕК тестом од стране васпитача као деца која се разликују у неком развојном домену од остале деце.

Табела 55. Дистрибуција резултата идентификоване и неидентификоване деце узорка на основу БЕК теста у оквиру постигнућа у различитим доменима развоја.

Levene's Test		Т тест				95% интервал поверења		
	идентификован	вредност	Степен слободе	ниво значајности	Просек разлике	Стандардна грешка разлике	нижи	виши
% постигнућа фина моторика	јесте	.909	284	.364	1.667	1.833	-1.942	5.276
	није	.723	20,711	.477	1.667	2.304	-3.130	6.464
% постигнућа самопомоћ	јесте	2.926	283	.004	5.388	1.841	1.764	9.012
	није	1.916	20,067	.070	5.388	2.811	-.476	11.252
% постигнућа рецептивни говор	јесте	2.055	285	.041	2.948	1.434	.125	5.771
	није	1.554	20,508	.136	2.948	1.897	-1.003	6.89932
% постигнућа експресивни говор	јесте	1.003	286	.317	2.132	2.126	-2.052	6.316
	није	.984	21,801	.336	2.132	2.167	-2.365	6.628
% постигнућа говор (Сред. вредност рецептивни/експресивни)	јесте	1.770	285	.078	2.524	1.426	-.0283	5.330
	није	1.419	20.737	.171	2.524	1.778	-1.178	6.225
% постигнућа груба моторика	јесте	1.080	279	.281	2.537	2.349	-2.086	7.161
	није	1.077	21.990	.293	2.537	2.356	-2.349	7.425
%постигнућа социјализација	јесте	.848	280	.397	1.977	2.330	-2.610	6.564
	није	.888	21.000	.384	1.977	2.225	-2.650	6.604
% постигнућа образовање	јесте	.356	285	.722	.784	2.203	-3.552	5.122
	није	.359	20.689	.723	.784	2.185	-3.763	5.332

Статистичку значајност уочавамо у доменима „Самопомоћ“ (.004) и „Рецептивни говор“(.041). Увођењем нове варијабле у оквиру које смо израчунали средњу вредност постигнућа рецептивног и експресивног говора и обрадили је Т тестом (Independent Samples Test) добили смо маргиналну статистичку значајност (.078).

МОГУЋНОСТИ РОДИТЕЉА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ

Идентификација развојног статуса деце без инструмената

Табела 56. Дистрибуција родитеља деце предшколске групе према генералној забринутости

	број	проценат
нема	93	69.4
има	41	30.6
укупно	134	100.0

На узрасту деце преко шест година 69.4% родитеља изражава генералну забринутост за своје дете. 30.6% ни у ком смислу није забринуто.

Табела 57. Дистрибуција родитеља све деце узорка према генералној забринутости

	број	проценат
нема	202	69.9
има	87	30.1
укупно	289	100.0

У табели 57 уочавамо да забринутости има код 30.1% родитеља на целом узорку.

Табела 58. Забринутост родитеља према доменима развоја, без инструмента (квалитативна анализа одговора/коментара родитеља)

домен забринутости	број	проценти
понашање	32	72.72
однос са другима	10	22.72
груба моторика	1	2.28
фина моторика	1	2.28
укупно	44	100

У оквиру описа забринутости родитеља коју смо кодирали према доменима развоја уочавамо да је 44 родитеља, од укупно 289, изразило забринутост која се може дефинисати код 32 родитеља у оквиру забринутости за понашање детета, 10 родитеља је забринуто за однос са другима, а по један родитељ изражава забринутост у области фине и грубе моторичке способности.

Евалуација развојног статуса деце применом PEDS теста

Табела 59. Дистрибуција родитеља према забринутости за говор детета према PEDS -у

	број	проценат
не	213	73.7
мало	6	2.1
да	70	24.2
укупно	289	100.0

Од укупно 289 родитеља који су комплетно одговорили на ово питање 76 родитеља односно 26.3% има неку забринутост у области развоја говора и то 24.2% (70 родитеља) изјашњава се

да, а само 2,1 % (6 родитеља) је у категорији мало забринут. Највећи број родитеља 73.7% (213 родитеља) нема забринутости у овој области развоја деце.

Табела 60. Дистрибуција родитеља према **забринутости за фини моторику детета**

	број	проценат
не	280	96.9
мало	3	1.0
да	6	2.1
укупно	289	100.0

Од укупно 289 родитеља који су дали потпун одговор на ово питање, 280 (96.9%) одговорило је негативно, тј. „Не изражава никакву забринутост везану за развој fine моторике, односно коришћење шаке и прстију код своје деце“. Само 9 родитеља изражава забринутост у два нивоа и то потпуну у виду „Да“ 6 родитеља (2.1%) и „Мало“ 3 родитеља (1.0%).

Табела 61. Дистрибуција родитеља према **забринутости за грубу моторику детета**

	број	проценат
не	282	97.6
мало	2	.7
да	5	1.7
укупно	289	100.0

Од укупно 289 родитеља који су дали потпун одговор на ово питање, 282 (97.6%) одговорило је негативно, тј. „Не изражава никакву забринутост везану за развој грубе моторике, односно коришћење руку и ногу код своје деце“. Само 7 родитеља изражава забринутост у два нивоа и то потпуну у виду „Да“ 5 родитеља (1.7%) и „Мало“ 2 родитеља (0.7%).

Табела 62. Дистрибуција родитеља према **забринутости за понашање детета**

	број	проценат
не	200	69.2
мало	4	1.4
да	85	29.4
укупно	289	100.0

Од укупно 289 родитеља, 200 (69.2%) одговорило је негативно тј. „Не изражава никакву забринутост везано за понашање своје деце“. Забринутост изражава 89 родитеља и то потпуну забринутост у виду „Да“ 85 родитеља (29.4) и „Мало“ 3 родитеља (1.4%).

Табела 63. Дистрибуција родитеља према **забринутости за слагање детета са другима**

	број	проценат
не	228	78.9
мало	1	.3
да	60	20.8
укупно	289	100.0

218 родитеља (78.9%) одговорило је негативно тј. не изражава никакву забринутост везану за то како се његово дете слаже са другима. Забринутост изражава 61 родитељ и то потпуну забринутост 60 родитеља (20.8%) и малу забринутост један родитељ (0.3%).

Забринутост родитеља и васпитача

Табела 64. Дистрибуција родитеља према генералној забринутости (без инструмената) за децу за коју су васпитачи попунили БЕК.

	број	проценат
нема	13	65.0
има	7	35.0
укупно	20	100.0

Од двадесеторо деце коју су васпитачи идентификовали БЕК ом да 13 деце деце родитељи не изражавају генералну забринутост, а за седморо деце је изражавају.

Табела 65. Дистрибуција родитеља према забринутости (PEDS) за говор деце за коју су васпитачи попунили БЕК.

	број	проценат
не	16	80.0
мало	1	5.0
да	3	15.0
укупно	20	100.0

Забринутост за говор изражава 15% родитеља, 5% је мало забринато, док 80% њих не изражава забринутост.

Табела 66. Дистрибуција родитеља према забринутости (PEDS) за фину моторику деце за коју су васпитачи попунили БЕК..

	родитељи		васпитачи	
	број	проценат	број	проценат
не	17	85.0	10	50
мало	2	10.0	-	-
да	1	5.0	10	50
укупно	20	100	20	100

У области фине моторике 5% родитеља је забринуто, 10% изражава малу забринутост, 85% није забринуто. Васпитачи, према БЕК-у изражавају да половина овог узорка показује сметње у овом домену (50%), а половина нема сметњи.

Табела 67. Дистрибуција родитеља према забринутости (PEDS) за грубу моторику деце за коју су васпитачи попунили БЕК.

	родитељи		васпитачи	
	број	проценат	број	проценат
не	19	95.0	13	65
мало	1	5.0	-	-
да		-	7	35
укупно	20	100	20	100

У области грубе моторике 5% родитеља изражава малу забринутост, 95% није забринуто. 35 % деце према БЕК-у и васпитачкој процени показује сметње у овом домену, док их 65% деце нема.

Табела 68. Дистрибуција родитеља према забринутости (PEDS) за понашање деце за коју су васпитачи попунили БЕК.

	родитељи		васпитачи	
	број	проценат	број	проценат
не	13	65	9	45
мало	-	-	-	-
да	7	35	11	55
укупно	20	100	20	100

У области понашања 35% родитеља изражава забринутост, 65% није забринуто. Према васпитачкој процени БЕК тестом 55% деце испољава проблематично понашање.

Табела 69. Дистрибуција родитеља према забринутости (PEDS) за однос деце према другима за коју су васпитачи попунили БЕК.

	родитељи		васпитачи	
	број	проценат	број	проценат
не	15	75.0	9	45
мало	-	-	-	-
да	5	25	11	55
укупно	20	100	20	100

У области слагања са другима 25% родитеља изражава забринутост, 75% није забринуто. Према васпитачкој процени БЕК тестом 55% деце има проблем у односу са другима, док 45% деце то не испољава.

Упућивање деце у даљу процедуру праћења и интервенције на основу PEDS -а

Табела 70. Дистрибуција резултата упућивања деце према утврђеним путевима PEDS -а, на основу евалуације родитељске забринутости

	број	проценат
ПУТ Е	129	44.6
ПУТ А	5	1.7
ПУТ Б	80	27.7
ПУТ Ц	75	26.0
Укупно	289	100

Према анализи одговора на PEDS -, пут Е (нема значајне забринутости) треба да прати 44.6% родитеља укупног узорка. Пут А (више предиктивних забринутости) треба да прати 1.7% деце (петоро деце). Пут Б (једна предиктивна забринутост) 27.7%, а пут Ц (једна или више не предиктивних забринутости) 26% деце узорка. 55.4% деце треба да следи одређену процедуру у процесу ране интервенције.

Статистичка поређења генералне забринутости родитеља са и без инструмента приказана су у наредним табела уз степен повезаности изражен у терминима Kendall's tau коефицијента

Табела 71. Табела контингенције варијабли генерална забринутост родитеља (без PEDS инструмента) и забринутости према PEDS -у на питање: „Да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како Ваше дете говори или изговара гласове?“

Генерална забринутост	PEDS : да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како Ваше дете говори или изговара гласове			укупно без инструмента
	не	мало	да	
нема	157	3	42	202
има	56	3	28	87
Укупно према PEDS -у	213	6	70	289

Према PEDS -у 213 родитеља није забринуто како дете изговара гласове, генералну забринутост за своје дете пре увођења PEDS теста показало је 56 родитеља. Малу забринутост према PEDS -у изразило је шест родитеља, од тога троје њих је изражавало генералну забринутост (пре коришћења PEDS -а). 70 родитеља укупног узорка има забринутост према PEDS -у у оквиру развојног домена говор, од чега је генералну забринутост изразило 28 родитеља без теста. Укупно забринутих родитеља без PEDS -а на укупном узорку било је 87, а према PEDS -у 70 сигурно забринutih и 6 мало забринutih.

	вредност	степен слободе	ниво значајности
Pearson Chi-Square	5.858 ^a	2	.053*

* на маргинама значајности

Анализа резултата χ^2 теста указује на то да постоји маргинално значајна повезаност генералне забринутости родитеља (без инструмента) и исказане забринутости у погледу говорне продукције на PEDS -у ($\chi^2=5.858$, $df= 2$, $p=.053$).

Та повезаност није висока. У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.135.

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	.135	.061	2.202	.028

Табела 72. Табела контингенције варијабли генерална забринутост родитеља (без PEDS инструмента) и забринутости према PEDS -у „Да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како Ваше дете користи своје руке и прсте“

Генерална забринутост	PEDS : да ли имате неку примедбу како Ваше дете користи своје руке и прсте			Укупно без инструмента
	не	мало	да	
нема	199	1	2	202
има	81	2	4	87
Укупно према PEDS -у	280	3	6	289

Шест родитеља према PEDS -у је забринато за развој фине моторике моторике а троје њих изражава малу забринутост.

	вредност	степен слободе	ниво значајности
Pearson Chi-Square	5.902	2	.052*

* на маргинама значајности

Анализа резултата на основу χ^2 теста указује на то да постоји маргинално значајна повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу фине моторике ($\chi^2=5.902$, $df=2$, $p=.052$).

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	.142	.064	1.892	.059

Та повезаност није висока. У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.142.

Табела 73. Табела контингенције варијабли генерална забринутост родитеља (без PEDS инструмента) и забринутости према PEDS -у „Да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како Ваше дете користи своје руке и ноге?“

Генерална забринутост	PEDS : да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како Ваше дете користи руке и ноге			Укупно без инструмента
	не	мало	да	
нема	198	1	3	202
има	84	1	2	87
Укупно према PEDS -у	282	2	5	289

282 родитеља није забринута у области грубе моторике према PEDS -у. Од тог броја, 84 је показало генералну забринутост за своје дете пре увођења PEDS теста. Два родитеља је мало забринута за развој говора, један од њих изражава генералну забринутост за дете пре увођења PEDS -а. Пет родитеља укупног узорка има забринутост према PEDS -у у оквиру развојног домена груба моторика, од чега генералну забринутост изражава само два родитеља без теста.

	вредност	степен слободе	ниво значајности
Pearson Chi-Square	.622	2	.733

Анализа резултата на основу χ^2 теста указује на то да не постоји значајна повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу грубе моторике ($\chi^2=.622$, $df= 2$, $p=.733$).

	вредност	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	.044	.064	.668	.504

Повезаност је ниска. У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.44.

Табела 74. Табела контингенције варијабли генерална забринутост родитеља (без PEDS инструмента) и забринутости према PEDS -у „Да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како се Ваше дете понаша?“

Генерална забринутост	PEDS : да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како се Ваше дете понаша			Укупно без инструмента
	не	мало	да	
нема	155	2	45	202
има	45	2	40	87
Укупно према PEDS -у	200	4	85	289

200 родитеља није забринуто у области понашања према PEDS -у. 202 родитеља није показало генералну забринутост за своје дете пре увођења PEDS теста. 85 родитеља укупног узорка има забринутост према PEDS -у у домену понашања, од чега је генералну забринутост изражавало 40 родитеља без теста.

	вредност	степен слободe	ниво значајности
Pearson Chi-Square	17,861	2	.000

Анализа резултата на основу резултата χ^2 теста указује да постоји значајна повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу понашања ($\chi^2=17.861$, $df=2$, $p=.000$).

	вредност	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	.246	.060	3.976	.000

Повезаност је висока. У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.246.

Табела 75. Табела контингенције варијабли генерална забринутост родитеља (без PEDS инструмента) и забринутости према PEDS -у „Да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како се Ваше дете слаже са другима?“

Генерална забринутост	PEDS : да ли имате било какву забринутост или примедбу о томе како се Ваше дете слаже са другима			Укупно без инструмента
	не	мало	да	
нема	174	1	27	202
има	54	0	33	87
Укупно према PEDS -у	228	1	60	289

228 родитеља није забринуто у области „слагање са другима“ према PEDS -у. Од њих 228, 54 је показало генералну забринутост за своје дете пре увођења PEDS теста. Један родитељ је мало забринут у области слагања са другима, ни један је није изражававао као генералну забринутост за дете пре увођења PEDS -а. 60 родитеља укупног узорка има забринутост према PEDS -у у домену односа са другима, од чега је генералну забринутост изражавало 33 родитеља без теста.

	вредност	степен слободе	ниво значајности
Pearson Chi-Square	22.571	2	.000

Анализа резултата на основу χ^2 теста указује да постоји значајна повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу слагања са другима ($\chi^2=22.571$, $df=2$, $p=.000$).

	вредност	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	.272	.062	4.121	.000

Повезаност је висока. У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.272.

РЕЗУЛТАТИ ПРОЦЕНЕ ПОМОЋУ ИНСТРУМЕНТА PEDS DM

Постигнућа деце у области фине моторике описна су кроз резултате у наредних шест табела.

Табела 76. Дистрибуција одговора на задатку: **Замолите дете да нацрта троугао. Може ли да га нацрта?**

	број	проценат
не	8	3.0
донекле	28	10.4
да	233	86.6
укупно	269	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.1 - 4.5 година. Задатак су радила деца старија од четири године. 13.4% деце није успело (3.0%) или је само делимично успело (10.4%) да нацрта троугао.

Табела 77. Дистрибуција одговора на задатку: **Да ли дете може да напише било које слово азбуке?**

	број	проценат
не	5	2.1
1 слово	5	2.1
2 и више	230	95.8
укупно	240	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка је 4.6 - 4.10 година. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. 2.1% деце је неуспешно или је у стању да напише само једно слово. Највиши проценат деце (95.8%) је био успешан у писању два или више слова азбуке.

Табела 78. Дистрибуција одговора на задатку: **Ако замолите дете да напише бројеве (1,2,3,4..), колико их може написати?**

	број	проценат
ни један	5	2.4
1 број	7	3.3
2 броја	13	6.2
3 броја и више	185	88.1
укупно	210	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. Три или више бројева у стању је да напише 88.1% деце. Један или два броја може да напише 9.5% деце, док 2.4% није у стању да уопште пише бројеве.

Табела 79. Дистрибуција одговора на задатку: **Тражите од детета да напише слова азбуке редом почевши од А, колико их је у стању да напише?**

	број	проценат
ни једно	3	1.9
1 до 2 слова	13	8.0
3 слова и више	146	90.1
укупно	162	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 5.6 – 6.0 година. Задатак су радила деца старија од 5.6 година. Слова азбуке редом, три и више узастопних, у стању је да напише 90.1% деце наведеног узраста. 9.9% није у стању да напише ни једно (1.9%) или само једно или два слова (8%).

Табела 80. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на нацртани троугао и реците детету нацртај ово. Како оно то ради?**

	број	проценат
не црта	1	.8
неке линије су спојене	1	.8
све линије су спојене, али неке имају уши	28	22.8
све линије су правилно спојене	93	75.6
укупно	123	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 6.1 - 6.11 година. Задатак су радила деца старија од 6.1 године. Цртање троугла по моделу у оквиру наведеног узраста у стању је да правилно изведе 75.6% деце, делимично добро 22.8%, а неправилно или не може уопште 1.6% деце.

Табела 81. Дистрибуција одговора на задатку: **Молим те напиши ми ово: дати, књига, нада, користити, додати. Колико речи је написало правилно?**

	број	проценат
2 до 3	4	40.0
4 до 5	6	60.0
укупно	10	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 7.0 - 7.11 година. Задатак су радила деца старија од 7.0 година. Од укупно десеторо деце наведеног узраста, шесторо је у стању да максимално добро одговори на задатак, док четворо деце чини то делимично добро.

Постигнућа деце у области самопомоћи описна су кроз резултате у наредних десет табела

Табела 82. Дистрибуција одговора на задатку: **Да ли Ваше дете покушава да Вам помогне када расклања ствари? (Одговор од родитеља)**

	број	проценат
не	3	1.3
понекад	90	39.8
да	133	58.0
укупно	226	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.5 - 2.9 година. Задатак су радила деца старија од 2.5 година. У оквиру овог ајтема 58% деце укупног узорка обавља задатак, 39.8% понекад, а само 1.3% никада не расклања ствари.

Табела 83. Дистрибуција одговора на задатку: **Може ли дете да скида широку одећу повлачењем на доле: панталоне, капут?**

	број	проценат
не	6	2.5
понекад	14	5.8
често	222	91.7
укупно	242	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.5 - 2.9 година. Задатак су радила деца старија од 2.5 година. 91.7% деце у стању је да одговори на овај задатак, 5.8% понекад, а 2.5% то не може да обави.

Табела 84. Дистрибуција одговора на задатку: **Може ли дете да обује ципеле?**

	број	проценат
да, најчешће на погрешну ногу	7	2.5
да, најчешће на одговарајућу ногу	271	97.5
укупно	278	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.10 - 3.2 године. Задатак су радила деца старија од 2.10 година. 97.5% деце укупног узорка успешно обавља задатак, док 2.5% не може само да се обује.

Табела 85. Дистрибуција одговора на задатку: **Да ли Ваше дете користи тоалет, иако му не кажете? (одговор родитеља)**

	број	проценат
не	5	1.8
понекад	7	2.5
често	269	95.7
укупно	281	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.3 - 3.7 година. Задатак су радила деца старија од 3.3 године. 95.7% деце наведеног узраста често самостално користи тоалет, док 2.5% то обавља само понекад. 1.8% деце не користи тоалет самостално.

Табела 86. Дистрибуција одговора на задатку: **Питајте дете како се зове, како је твоје право име? Шта каже?**

	број	проценат
име и презиме	195	69.4
или име или презиме	80	28.5
надимак	4	1.4
нешто друго или ништа	2	.7
укупно	281	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.8 - 4.0 година. Задатак су радила деца старија од 3.8 година. 69.4% деце зна своје име и презиме, 28.5% зна или име или презиме, 1.4% њих само надимак, док 0.7 % не зна ништа од тога.

Табела 87. Дистрибуција одговора на задатку: **Може ли дете само да се обуче? (одговор родитеља)**

	број	проценат
не	2	.7
делимично	12	4.5
углавном	90	33.6
да и може све да закопча	164	61.2
укупно	268	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.1 - 4.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.1 године. Самостално, у потпуности, може да се обуче 61.2 % деце, категорији „углавном“ припада 33.6% (закопчавање је изузето), делимично то може да обави 4.5% деце, док категорији оних који то уопште не могу да обаве припада 0.7% деце.

Табела 88. Дистрибуција одговора на задатку: **Да ли се Ваше дете игра у групи деце бар 20-так минута? (одговор родитеља)**

	број	проценат
не	5	2.1
понекад	22	9.2
да	211	88.7
укупно	238	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.6 - 4.10 година. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. 88.7% деце је у стању да се игра у групи деце двадесет минута, понекад је у стању 9.2% деце, а 2.1 % њих уопште није у стању то да учини.

Табела 89. Дистрибуција одговора на задатку: **Колико дуго Ваше дете може да се игра само, без укљученог ТВ-а или видео игара? (одговор родитеља)**

	број	проценат
мање од 5 мин	2	1.0
око 10 мин	23	11.0
15 и више мин	185	88.1
укупно	210	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. 88.1% деце може да се игра само, без укљученог телевизора или видео игара, 15 минута и више, док 11% њих може око 10 минута. У категорију оних који могу да се играју у тим околностима мање од 5 минута спада само 2% деце.

Табела 90. Дистрибуција одговора на задатку: **Питајте дете како ти се зове мама или тата (старатељ)? Шта дете каже?**

	број	проценат
зна име и презиме	148	91.4
зна надимак	8	4.9
не зна	6	3.7
укупно	162	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 5.6 - 6.0 година. Задатак су радила деца старија од 5.6 година. Име и презиме својих родитеља зна 91.4% деце, само надимак 4.9% њих, а 3.7% уопште не зна.

Табела 91. Дистрибуција одговора на задатку: **Која ти је адреса и у ком граду живиш? На основу тога шта је дете одговорило може ли неко други да пронађе место његовог становања?**

	број	проценат
не	2	1.6
можда	20	16.4
да	100	82.0
укупно	122	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 6.1 - 6.11 година. Задатак су радила деца старија од 6.1 године. Адресу становања зна 82% деце, делимично 16.4% (на основу исказа би онај који пита можда могао да нађе исту), а уопште не зна 1.6% деце.

Постигнућа деце у области Речеитивни говор описна су кроз резултате у наредних дванаест табела

Табела 92. Дистрибуција одговора на задатку: **Колико делова тела од набројаних дете може да покаже када га питамо: где су твоје очи, где ти је нос, стопало, коса, уста, уши?**

	број	проценат
2	33	16.2
3 и више	171	83.8
укупно	204	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 23 - 25 месеци. Задатак су радила деца старија од 23 месеца. 83.8% деце на захтев зна да покаже три или више делова тела као што су: очи, нос, стопало, коса, уста, уши. 16.2% зна да покаже само два од набројаних делова тела.

Табела 93. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите детету књигу и тражите да вам покаже предњу страну, покушајте са задњом, горњом, доњом. Колико их је дете знало?**

	број	проценат
ниједну	1	.5
по неку	20	10.0
све	179	89.5
укупно	200	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 26 - 28 месеци. Задатак су радила деца старија од 26 месеци. Појам предња, задња (страна књиге), као и горња, доња зна 89.5% деце, 10% њих зна по неку, а 0.5% не зна ни један појам од поменутих.

Табела 94. Дистрибуција одговора на задатку: **Колико од ових делова тела може дете да покаже ако га питамо: где ти је глава, где су ти ноге, руке, прсти, зуби, палчеви, прсти на ногама?**

	број	проценат
3 и више	208	100.0
укупно	208	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.5 - 2.9 година. Задатак су радила деца старија од 2.5 година. Сва деца су адекватно одговорила на задатак.

Табела 95. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на слику са мачкама и лоптама у различитој величини и реците: покажи ми шта је мало, сада ми покажи шта је велико. Шта дете зна?**

	број	проценат
зна једну или другу	1	.4
зна обе	231	99.6
укупно	232	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.10 - 3.2 године. Задатак су радила деца старија од 2.10 година. Појам велико и мало разуме 99.6% деце. 0.4% зна један или други, не оба.

Табела 96. Дистрибуција одговора на задатку: **Ако кажете детету да уради две ствари, може ли оно да запамти да уради обе? „Устани и остави играчку на столицу“ или „Дај ми књигу и стави руке на главу“.**

	број	проценат
зна једну	2	.8
зна обе	247	99.2
укупно	249	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.3 - 3.7 година. Задатак су радила деца старија од 3.3 године. Две ствари које захтевамо да дете обави једну за другом у стању је да обави 99.2% деце, док само двоје деце запамти и уради само једну.

Табела 97. Дистрибуција одговора на задатку: **Ако кажете детету да уради три ствари, може ли оно да запамти да уради све три? „Устани, пљесни рукама и седи доле“ / „Пипни нос, дај ми књигу и стави играчку на под“.**

	број	проценат
не	1	.4
уради једну	1	.4
уради две	11	4.2
уради све три	248	95.0
укупно	261	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.8 - 4.0 године. Задатак су радила деца старија од 3.8 година. Способно је да уради све три задате ствари 95% деце, 4.2% уради две, једно дете уради једну, док једно дете није у могућности да уради ни једну.

Табела 98. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на обојену кутију и реците детету: покажи ми шта је црвено, шта је плаво, покушајте и са жуто, зелено, наранцасто, љубичасто, бело, црно, розе и сиво. Колико боја је дете познавало?**

	број	проценат
неколико	3	1.1
већину	19	6.9
све	252	92.0
укупно	274	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.1 - 4.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.1 годину. Наведене боје у задатку у стању је да све познаје 92% деце. 6.9% познаје већину, док само неколико боја познаје 1.1% деце.

Табела 99. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету: покажи ми колена? Покушајте са брада, нокти. Колико наведених делова је дете знало?**

	број	проценат
2 и више	243	100.0
укупно	243	

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.6 - 4.10 година. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. Сва деца су адекватно одговорила на задатак.

Табела 100. Дистрибуција одговора на на задатку: **Реците детету да стави руке на главу, а затим да стави шаке испод браде. Сада му покажите папир и тражите, "Покажи ми где је центар овог папира", а затим "Покажи ми ћошак (угао)". Колико је тога дете знало?**

	број	проценат
ниједан задатак	1	.5
половину задатака	24	11.6
све	182	87.9
укупно	207	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. 11.6% деце овог узорка није било у стању да комплетно изврши задатак (24 деце), једно дете није било успешно ни у једном задатку. 87.9% деце успешно изводи све задатке.

Табела 101. Дистрибуција одговора на задатку: **Питајте дете "Где су ти: колена, рамена, обрве»? Колико тога је дете знало?**

	број	проценат
1	1	.6
2	6	3.7
3 и више	155	95.7
укупно	162	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 5.6 - 6.0 година. Задатак су радила деца старија од 5.6 година. Задате делове тела познаје и показује 95.7% , 4.3% (седморо деце) није било успешно на овом задатку.

Табела 102. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету «Покажи ми своје кукове, ручни зглоб, струк». Колико тога је дете знало?**

	број	проценат
ниједно	6	5.0
1	16	13.2
2 и више	99	81.8
укупно	121	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 6.1 - 6.11 година. Задатак су радила деца старија од 6.1 године. Задате делове тела познаје и показује 81.8%, 18.2% (двадесет двоје деце) није било успешно на овом задатку, шесторо деце није знало ни један од поменутих делова тела, а њих шеснаест (13.2%) познавало је само један од наведених.

Табела 103. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету "Ја ћу сада рећи четири речи. Једна овде не припада. Слушај и онда ми реци која реч не припада: чоколада, шећер, креда, хлеб». Покушајте и са овим: купатило, воз, кухиња, спаваћа соба и са: брат, мајстор, мердевине, комшија. Да ли је дете извојило креда, воз и мердевине?**

	број	проценат
да	8	80.0
две	2	20.0
укупно	10	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 7.0 - 7.11 година. Задатак су радила деца старија од 7.0 година. Од десеторо деце узраста преко седам година, двоје деце није било успешно у изложеном задатку.

Постигнућа деце у области Експресивни говор описна су кроз резултате у наредних седам табела

Табела 104. Дистрибуција одговора на задатку: **Питајте дете "Шта радимо са маказама?", а затим, "Чему служи фризиер?" Да ли дете објашњава са "Сечемо" и "Да хлади храну или прави лед"?**

	број	проценат
један тачан	8	7.5
два тачна	99	92.5
укупно	107	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.3 - 3.7 година. Задатак су радила деца старија од 3.3 године. У узрасном нивоу у коме је очекивано да овај задатак буде адекватно решен, 7.5% деце је дало само један тачан одговор. 92.5% адекватно је одговорило на задатак.

Табела 105. Дистрибуција одговора на задатку: **Молим Вас покажите детету причу о паткама и реците "Покажи ми, молим те, прву реч", а затим "Покажи ми последњу реч". Шта дете зна?**

	број	проценат
не зна	7	6.7
зна последњу или прву, не обе	14	13.5
зна прву и последњу	83	79.8
укупно	104	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.8 - 4.0 године. Задатак су радила деца старија од 3.8 година. У потпуности успешно је на овом задатку 79.8% деце, задатак делимично или неуспешно изводи 21.2% деце.

Табела 106. Дистрибуција одговора на задатку: **Да ли дете употребљава речи које говоре о времену, као јутро, поподне, ноћ, јуче или сутра?**

	број	проценат
не	1	.4
једну	4	1.6
по неку	76	30.6
све	167	67.4
укупно	248	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.1 - 4.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.1 године. На изложеном задатку у потпуности је успешно 67.4% деце, делимично добрих или неуспешних је 32.6% деце.

Табела 107. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету "Понови за мном: «Деда мраз носи пун цак поклоне". Ако је ваше дете правило грешке покушајте поново са овим: Понављај за мном «Деца се грудвају и праве снешка". Како је то дете урадило?**

	број	проценат
по неку грешку	19	7.8
без грешака у бар једној реченици	225	92.2
укупно	244	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.6 - 4.10 година. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. Без грешке, у бар једној реченици говори 92.2% деце, по неку грешку има 7.8% деце.

Табела 108. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на слици мишеве, зубе и стопала. Питајте дете "Шта су они?". Да ли дете користи речи које већина одраслих користи?**

	број	проценат
не	1	.5
по неку	28	13.5
да	179	86.1
укупно	208	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. Успешно обавља задатак 86.1% деце, делимично добро 13.5%, неуспешно 0.5% (једно дете).

Табела 109. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету "Наброј ми слова азбуке". Колико гласова азбуке успе да изговори пре него што погрешни?**

	број	проценат
ни једно	7	4.4
1 до 8	34	21.3
9 до 15	43	26.9
16 до 25	41	25.6
све	35	21.9
укупно	160	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 5.6 - 6.0 година. Задатак су радила деца старија од 5.6 година. Сва слова азбуке у референтном узрасту за задатак у стању је да наброји 21.9% деце, шеснаест до двадесет и пет слова 25.6%, девет до петнаест 26.9%, једно до осам 21.3%, док ни једно слово не зна да наброји 4.4% деце.

Табела 110. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите слику куце (штенета) и реците детету "Понови за мном «Штенци су прелепи, али захтевају пуно пажње."** Уколико направи било коју грешку, покушајте поново са **"Понови за мном «Ђаци су срећни отишли на излет са њиховом учитељицом"**. Како је то дете изговорило?

	број	проценат
по неку грешку	45	37.2
без грешака у најмање једној реченици	76	62.8
укупно	121	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 6.1 - 6.11 година. Задатак су радила деца старија од 6.1 године. 62.8% деце у референтном узрасном оквиру узорка адекватно и без грешке извршава задатак, по неку грешку приликом извођења налазимо код 32.7% деце.

Постигнућа деце у области Груба моторика описна су кроз резултате у наредних седам табела

Табела 111. Дистрибуција одговора на задатку: **Да ли дете покушава да скочи, иако се стопала не одвајају од подлоге?**

	број	проценат
не	9	16.4
стопала остају на тлу	3	5.5
једно или оба стопала у ваздуху	43	78.2
укупно	55	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 17 - 22 месеца. Задатак су радила деца старија од 17 месеци. 21.8% деце узрасно референтног узорка није у стању да адекватно обави задато, 78.2% деце успешно је у реализацији истог.

Табела 112. Дистрибуција одговора на задатку: **Како се дете пење уз степенице?**

	број	проценат
креће се самостално	110	90.2
придржава се за ограду или за једну руку	9	7.4
пузи или се придржава са обе руке	2	1.6
није у близини степеништа	1	.8
укупно	122	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 23 - 25 месеци. Задатак су радила деца старија од 23 месеца. 90.2% деце референтног узрасног узорка креће се самостално уз степенице, док осталих 9,8% то чини или придржавајући се за једну руку или ограду (7.4%), односно придржавајући се за обе руке или пузећи (1.6). Једно дете узорка (0.8%) није у близини степеништа те нема искуство пењања уз исто.

Табела 113. Дистрибуција одговора на задатку: **Када дете покушава да трчи, да ли бар мало одваја оба стопала од подлоге?**

	број	проценат
не	14	13.1
понекад	11	10.3
често	82	76.6
укупно	107	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 26 - 28 месеци. Задатак су радила деца старија од 26 месеци. У оквиру узрасно референтног узорка 76.6% деце трчи на начин очекиван за узраст, 13.1% то не чини а понекад 10.3% деце.

Табела 114. Дистрибуција одговора на задатку: **Да ли дете хода уназад два корака?**

	број	проценат
не	17	13.8
да, гега се или стане	3	2.4
да	103	83.7
укупно	123	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.5 - 2.9 година. Задатак су радила деца старија од 2.5 година. У оквиру узрасно референтног узорка 83.7% деце хода уназад два корака, 13.1% то не чини, а 2.4% деце чини уз гегање или застајкивање .

Табела 115. Дистрибуција одговора на задатку: **Уме ли дете да стоји на једној нози по пар секунди?**

	број	проценат
не	1	.8
само на једној нози	2	1.6
да	125	97.7
укупно	128	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.10 - 3.2 године. Задатак су радила деца старија од 2.10 година. 97.7% деце је показало успешност при извођењу задатог, само 1,6% деце то може чини само на једној нози а уопште не чини 0.8% деце.

Табела 116. Дистрибуција одговора на задатку: **Како дете силази низ степенице?**

	број	проценат
ставља обе ноге на сваки степеник	14	11.3
ставља једну ногу на сваки степеник	110	88.7
укупно	124	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.3 - 4.0 године. Задатак су радила деца старија од 3.3 године. Дечијим кораком 11.3% деце силази низ степенице, док 88.7% деце хода уз степенице стављајући једну ногу на сваки степеник.

Табела 117. Дистрибуција одговора на задатку: **Може ли дете да хода три корака ногу испред ноге, тако да пета једног стопала додирује ножни палац другог?**

	број	проценат
не	10	4.0
да, са много махања рукама	17	6.9
да, са мало махања рукама	220	89.1
укупно	247	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.1 - 4.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.1 године. У узорку референтног узраста за задатак 89.1% деце успешно савладава задато са мало махања рукама, 6.9% деце то чини са много махања рукама, а не може да изведе 4.0% деце.

Постигнућа деце у области Социо емоционални развој описна су кроз резултате у наредних једанаест табела

Табела 118. Дистрибуција одговора на питање: **Када је међу децом, да ли се Ваше дете игра са њима, сарадљиво је, или само покушава да их гура или им узима играчке? (одговор родитеља)**

	број	проценат
не	12	13.2
понекад	18	19.8
да	61	67.0
укупно	91	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 17 - 19 месеци. Задатак су радила деца старија од 17 месеци. У референтном узорку 67% деце је сарадљиво и конструктивно у игри са другом децом, 13.2% деце не сарађује, 19.8% то чини понекад.

Табела 119. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли Ваше дете посматра људе са жељом да закључи како се они осећају? Може ли Вам дете рећи када је неко бесан, тужан или срећан? (одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
не	2	2.0
не тако често	6	6.1
да	91	91.9
укупно	99	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 20 - 22 месеца. Задатак су радила деца старија од 20 месеци. 91.9% деце успешно распознаје расположења

Људи у окружењу, док 6.1% то чини не тако често, а уопште није у стању да разликује двоје деце.

Табела 120. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли се Ваше дете игра са две играчке заједно, као на пример да лутка вози ауто, да на камиону вози друге ствари, или се игра са лутком која је у шетњу извела пса? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
користи једну играчку	5	5.1
да, користи две играчке истовремено	94	94.9
укупно	99	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 23 - 25 месеци. Задатак су радила деца старија од 23 месеца. У игри деца користе две играчке истовремено у 94.9% случајева, док 5.1% њих користи само једну.

Табела 121. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли Ваше дете покушава да се придружи игри када се друга деца играју? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
не	2	2.0
незнатно	7	6.9
да	93	91.2
укупно	102	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 26 - 28 месеци. Задатак су радила деца старија од 26 месеци. У оквиру референтног узорка према узрасту 91.2% деце покушава да се придружи игри, док се друга деца играју, 6.9% деце то чини у незнатном броју случајева, а уопште не чини 2.0%.

Табела 122. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли се Ваше дете претвара да ради ствари које чине одрасли, као што је брига о беби, вожња, брисање или кување? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
не	5	4.9
понекад	24	23.5
да	73	71.6
укупно	102	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.5 - 2.9 година. Задатак су радила деца старија од 2.5 година. 71.6% деце у свакодневной игри претвара се да ради ствари које чине одрасли, 23% њих то чини понекад, док 4.9% то уопште не ради.

Табела 123. Дистрибуција одговора на питање: **Уме ли Ваше дете да се игра са групом деце? Ако уме колико дуго? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
5 до 10 минута	7	5.5
15 до 20 минута	120	94.5
укупно	127	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 2.10 - 3.2 године. Задатак су радила деца старија од 2.10 година. У игри са другом децом 94.5% деце то чини 15 до 20 минута, док 5.5% њих остаје свега 5 до 10 минута.

Табела 124. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли вам Ваше дете чини услуге или воли да вас изненади помагањем? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
не	4	3.2
понекад	40	31.7
да	82	65.1
укупно	126	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.3 - 3.7 година. Задатак су радила деца старија од 3.3 године. 65.1% деце чини услуге или помаже родитељима, 31.7% њих чини то само понекад, док 3.2% не чини уопште.

Табела 125. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли Ваше дете делује као да зна шта је добро понашање, а шта није? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
не	1	.8
не тако често	8	6.2
да	120	93.0
укупно	129	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.8 - 4.0 године. Задатак су радила деца старија од 3.8 година. 93% деце разликује шта је добро, а шта лоше понашање, 6.2% није увек у стању да то разликује, док за једно дете из укупног узорка (129) родитељи тврде да не зна разлику.

Табела 126. Дистрибуција одговора на питање: **Док се игра, да ли Ваше дете настоји да не повреди друге? Ако се другари повреде, да ли делује забринуто због тога? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
не	4	1.5
не тако често	13	4.9
да	246	93.5
укупно	263	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. 93.5% деце у игри са другом децом води рачуна да их не повреди или ако се то догоди изражава жаљење због истог, 1.5% деце то не чини, док њих 4.9% то чини ретко.

Табела 127. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли Ваше дете поштује правила рада у групи? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
понекад	47	20.0
често	188	80.0
укупно	235	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.6 - 4.10 година. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. Правила рада у групи често поштује 80% деце, 20% њих то чини понекад.

Табела 128. Дистрибуција одговора на питање: **Да ли Ваше дете игра игре са правилима: друштвене игре, игре са картама, са лоптом, школице? (Одговор родитеља/васпитача)**

	број	проценат
не	4	2.2
не тако добро	23	12.6
да	155	85.2
укупно	182	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. Игре са правилима у стању да игра и прати је 85.2% деце, „не тако добро“ то чини 12.6% деце, док 2.2% није у стању да то чини.

Постигнућа деце у области Образовне способности описна су кроз резултате у наредних једанаест табела

Табела 129. Дистрибуција одговора на питање: **Ако детету покажете динар (кованицу) и питате га "Шта је ово?", хоће ли одговорити динар или новчић?**

	број	проценат
каже "новчић" или "динар"	213	80.7
назива их другачије	48	18.2
не	3	1.1
укупно	264	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.3 - 3.7 година. Задатак су радила деца старија од 3.3 године. 80.7% деце показани новчић (кованицу) и питање шта је то, правилно именује, 18.2% њих га назива другачије, док 1.1% њих не зна да именује исти.

Табела 130. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету "Слушај, да ли су ове речи исте или нису"? Онда реците "бут-пут", да ли су исте или нису? Сет-сет, да ли су оне исте или нису? Онда пробајте са овим: храм-грам и бајка-мајка?**

	број	проценат
ни један	6	2.1
неколико	54	19.2
сви	221	78.6
укупно	281	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 3.8 - 4.0 године. Задатак су радила деца старија од 3.8 година. Све задатке успешно дискриминише 78.6% деце, делимично добро 19.2% деце, док 2.1% деце није у стању ни један задатак да успешно реализује.

Табела 131. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите слова и питајте "Где је А"?, "Где је М"?, "Где је О"? Наставите да покушавате како бисте видели може ли да покаже два или три тачно. Како је то дете урадило?**

	број	проценат
покаже, али не тачно	10	3.7
покаже један тачан	17	6.3
покаже два или више тачних	242	90.0
укупно	269	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.1 - 4.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.1 године. У оквиру референтног узраста за задатак 90% деце покаже тачно два или више слова, 6.3% покаже један тачан, док 3.7% њих покаже, али погрешно.

Табела 132. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету "Желим да бројиш за мене! Спреман/а? Један...(немојте рећи ништа више)". Колико је дете одмакло са бројањем?**

	број	проценат
не броји још	1	.4
1	1	.4
2	12	4.4
3 и више	259	94.9
укупно	273	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.1 - 4.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.1 године. Бројање преко три успешно изводи 94.9% деце, до два броји 4.4% деце, док не броји још или остане на броју један 0.8% деце.

Табела 133. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на слова азбуке и питајте дете "Шта је ово"? Покушајте поново са другим словима како би видели може ли дете да именује бар једно слово исправно. Како је то дете урадило?**

	број	проценат
не зна слова	8	3.3
наводи слова али погрешно	19	7.9
наводи једно или више слова тачно	215	88.8
укупно	242	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.6 - 4.10 година. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. На задатку именовања слова једно или више слова тачно наводи 88.8% деце, 7.9% деце наводи слова, али погрешно, док 3.3% деце не зна слова.

Табела 134. Дистрибуција одговора на задатку: **Тражите од детета да вам да два од нечега (играчке, новчића или књиге). Затим тражите 1, 3, 5 и 4 нечега. Да ли дете даје тачан број сваки пут?**

	број	проценат
не	1	.4
понекад	15	6.3
да	224	93.3
укупно	240	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.6 - 4.10 година. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. 93.3% деце увек да тачан број захтеваних елемената, 6.3% деце то учини понекад, док 0.4% не може да изврши задато.

Табела 135. Дистрибуција одговора на задатку: **Показујте на слова азбуке и питајте "Шта је ово?" Колико слова дете може да именује?**

	број	проценат
ни једно	7	3.5
1 до 7	35	17.5
8 и више	158	79.0
укупно	200	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. На захтев осам и више слова може да именује 79.0% деце, једно до седам слова у стању је да именује 17.5% деце, док ни једно слово не може да именује 3.5% деце.

Табела 136. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на дрвца, а затим на цифру 5. Реците: "Покажи ми колико је ово". Урадите ово поново показујући на 6, затим на 7. Колико задатака је дете урадило тачно?**

	број	проценат
ни један	3	1.5
неколико	30	14.9
све	168	83.6
укупно	201	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 4.11 - 5.5 година. Задатак су радила деца старија од 4.11 година. Све задатке у стању је да изврши 83.6% деце, неколико њих савладава 14.9%, док ни један задатак не може да изврши 1.5% деце.

Табела 137. Дистрибуција одговора на задатку: **Реците детету: "Сада ћу ти испричати причу. Када завршим, очекујем од тебе да ми је препричаш". Онда прочитајте причу (о паткама) и реците "Испричај ми причу коју си управо чуо/ла". Шта је од тога дете успело да вам исприча?**

	број	проценат
почетак	5	3.2
средину	10	6.5
крај	6	3.9
сва три дела	134	86.5
укупно	155	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 5.6 - 6.0 година. Задатак су радила деца старија од 5.6 година. 86.5% деце у стању је да у потпуности непосредно преприча причу, само почетак може да преприча 3.2% деце, средину 6.5%, а крај 3.2% деце.

Табела 138. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на 8 и питајте дете "Шта је ово"? Затим покажите на 7, 9 и 10. Колико их је именovalo?**

	број	проценат
ни један	2	1.3
1 до 2	4	2.7
3 и више	144	96.0
укупно	150	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 5.6 - 6.0 година. Задатак су радила деца старија од 5.6 година. У именовању цифара успешно са три и више цифре било је 96% деце. Ни једну цифру не именује 1.3% деце, док једну или две познаје и именује 2.7% њих.

Табела 139. Дистрибуција одговора на задатку: **Покажите на знак "Излаз" и реците "Шта ово значи"? Затим покажите на опасност, опрез, отровно! Колико знакова је дете препознало?**

	број	проценат
један знак	8	12.3
два знака	2	3.1
три знака	6	9.2
сва четири	49	75.4
укупно	65	100.0

Узрасни ниво за успешно обављање задатка, према објективном тесту, је 6.1 - 6.11 година. Задатак су радила деца старија од 6.1 године. Наведене знаке препознало је 75.4% деце, три од четири препознаје 9.2%, два од четири препознаје 3.1%, док је само један знак познат 12.3% деце.

Подузорак деце за коју су васпитачи попунили БЕК, родитељи PEDS , а стручњаци PEDS DM.

Табела 140. Дистрибуција резултата за узорак деце идентификован од стране васпитача и родитеља према полу.

	број	Проценат
дечак	13	65.0
девојчица	7	35.0
укупно	20	100.0

Дечаци су бројнији за 30%. Дечака у узорку има 65%, девојчица 35%.

Табела 141. Дистрибуција деце (идентификоване према БЕКу, PEDS DM и PEDS -у) према утврђеним путевима упућивања на основу евалуације родитељске забринутости, PEDS тестом.

	број	Проценат
пут Е	10	50.0
пут А	1	5.0
пут Б	5	25.0
пут Ц	4	20.0
укупно	20	100.0

Половина деце према PEDS -у упућена је на даље процене или праћење. 25% деце треба да прати пут Б, јер постоји једна значајна родитељска забринутост. Пут А треба да прати 5% деце, јер постоје две или више предиктивних родитељских забринутости. Пут Ц, који подразумева више родитељских забринутости које немају предиктивну важност, има 20% и подразумева надгледање развоја ове деце.

Табела 142. Дистрибуција деце (идентификоване према БЕК-у, PEDS DM и PEDS -у) према процентуалним категоријама постигнућа процењене PEDS DM инструментом.

Процентуалне категорије постигнућа	број	Проценат
(1%-75%)	1	5.0
(76-95%)	8	40.0
(96-100%)	11	55.0
укупно	20	100.0

Према PEDS DM-у у овој групи деце уочавамо једно дете са способностима испод 75% које указују на присуство тешкоћа/ поремећаја, осморо деце показује постигнућа у категорији 76 до 95%, док се 11 деце идентификује у категорији 96 до 100%.

Анализа постигнућа према доменима развоја и узрасним категоријама

Табела 143. Средња вредност постигнућа према доменима развоја, према PEDS DM-у

	број	проценат	Средња вредност	Стандардна девијација
фина моторика	286	58.00	95.02	7.90
самопомоћ	285	56.00	93.7	8.04
рецептивни говор	287	57.00	96.96	6.22
експресивни говор	288	58.00	91.15	9.17
груба моторика	281	39.20	93.07	10.12
социјализација	282	41.00	93.38	9.81
образовање	287	55.00	92.92	9.27
број деце	269			

Према анализи процентуалних постигнућа у испитиваним доменима развоја запажамо најнижу средњу вредност у области експресивног говора 91.15%, затим следи област

академских вештина (образовање) 92.92%, груба моторика 93.07%, социјализација 93.38%, самопомоћ 93.7%, затим фина моторика 95.2%, и најбоља постигнућа у области рецептивног говора 96.96%.

Ако сагледавамо најнижа процентуална постигнућа у свим доменима као најнижи уочавамо домен грубе моторике 39.20%, затим социјализација 41%, 55% академске вештине, 56% самопомоћ, рецептивни говор 57%, и 58% фина моторика и експресивни говор.

Табела 144. Постигнућа у области Фине моторике у процентуалним категоријама

Процентуалне категорије

постигнућа	број	проценти
95-100	184	64.6
85-95	66	23.2
85-75	26	9.1
испод 75	9	3.2
укупно	285	100.0

На читавом узорку деце (285 деце) у домену постигнућа 95-100% показало је 64.6% деце, 85-95% способности у овом домену показује 23.2% деце, 75-85% налазимо код 9.1% деце, док је способност испод 75% утврђена код 3.2% деце.

Табела 145. Постигнућа деце у области Фина моторика у процентуалним категоријама на одређеном узрачном нивоу

узраст деце у годинама		4-5	5-6	6-7	укупно
Процентуална категорија постигнућа	100-95	43	43	92	178
	95-85	17	21	27	65
	85-75	11	5	10	26
	испод 75	3	1	5	9
укупно		74	70	134	278

Деца узраста **четири до пет** година показују следећа постигнућа у области fine моторике: 95-100% четрдесеттроје деце; 85-95% седамнаесторо деце; 75-85% једанаесторо деце и испод 75% троје деце.

Деца узраста **пет до шест** година показују следећа постигнућа у области fine моторике: 95-100% четрдесеттроје деце; 85-95% двадесетједно дете; 75-85% петоро деце и испод 75% једно дете.

Деца узраста **шест до седам** година показују следећа постигнућа у области fine моторике: 95-100% деведесетдва; 85-95%, двадесетседморо деце; 75-85% десеторо деце и испод 75% петоро деце.

Табела 146. **Постигнућа у области Рецептивни говор у процентуалним категоријама**

Процентуалне категорије

постигнућа	број	проценти
95-100	214	74.6
85-95	54	18.8
85-75	14	4.9
испод 75	5	1.7
укупно	287	100.0

На читавом узорку деце (287деце) у домену рецептивног говора постигнућа у категорији 95-100% показало је 74.6% деце, 85-95% постигнућа у овом домену показује 18.8% деце, 4.9% деце у категорији 75-85%, док је постигнуће испод 75% утврђено код 1.7% деце (петоро деце).

Табела 147. Постигнућа деце у области Рецептивни говор у процентуалним категоријама на одређеним узрасним нивоима

узраст деце у годинама		4-5	5-6	6-7	укупно
Процентуална категорија постигнућа	95-100	51	49	109	209
	85-95	20	19	14	53
	85-75	4	3	6	13
	испод 75	2	0	3	5
укупно		77	71	132	280

Деца узраста **четири до пет** година показују следећа постигнућа у области рецептивног говора: 95-100% педесетједно дете; 85-95% двадесеторо деце; 75-85% четворо деце и испод 75% двоје деце.

Деца узраста **пет до шест година** показују следећа постигнућа у области рецептивног говора: 95-100% четрдесетдеветоро деце; 85-95% деветнаест деце; а у категорији постигнућа 75-85% троје деце.

Деца узраста **шест до седам** година показују следећа постигнућа у области рецептивног говора: у категорији 95-100% стодевет деце; 85-95% четрнаест деце, 75-85% шесторо деце, а постигнућа испод 75% троје деце.

Табела 148. Постигнућа деце у области Самопомоћ у процентуалним категоријама

Процентуалне категорије постигнућа	број	проценти
95-100	153	53.7
85-95	90	31.6
85-75	34	11.9
испод 75	8	2.8
укупно	285	100.0

На читавом узорку деце (285 деце) у домену самопомоћи постигнућа у категорији 95-100% показало је 53.7% деце, у категорији постигнућа 85-95% у овом домену показује 31.6% деце, 11.9% деце налазимо у категорији постигнућа 75-85% , док је способност испод 75% утврђена код 2.8% деце (осморо деце).

Табела 149. **Постигнућа у области Самопомоћ према узрастним нивоима**

Процентуалне категорије постигнућа	4-5 година	5-6 година	6-7 година	укупно
95-100	37	35	76	148
85-95	25	22	41	88
85-75	9	10	15	34
испод 75	4	3	1	8
укупно	75	70	133	278

Деца узраста **четири до пет** година показују следећа постигнућа у домену самопомоћи: у категорији 95-100% тридесетседморо деце; 85-95% двадесетпеторо деце; 75-85% деветоро деце и у категорији постигнућа испод 75% четворо деце.

Деца узраста **пет до шест** година показују следећа постигнућа у домену самопомоћи: 95-100% тридесетпеторо деце, 85-95% двадесетдвоје деце, 75-85% десеторо деце и испод 75% троје деце.

Деца узраста **шест до седам** година показују следећа постигнућа у области рецептивног говора: 95-100% седамдесетшесторо деце, 85-95% четрдесетједно дете, 75-85% петнаесторо деце и испод 75% једно дете.

Табела 150. **Постигнућа деце у области Експресивни говор у процентуалним категоријама**

Процентуалне категорије постигнућа	број	проценти
95-100	114	39.6
85-95	105	36.5
85-75	47	16.3
испод 75	22	7.6
укупно	288	100.0

На читавом узорку деце (288деце) у домену експресивни говор постигнућа: 95-100% показало је 39.6% деце; 85-95% способности у овом домену показује 36.5% деце; 75-85% налазимо код 16.3% деце, док је категорија постигнућа испод 75% утврђена код 7.6% деце (двадесет и двоје деце).

Табела 151. **Постигнућа у области Експресивни говор према узрастним нивоима**

Процентуалне категорије постигнућа	4-5 година	5-6година	6-7година	укупно
95-100	39	25	45	109
85-95	28	34	41	103
85-75	9	8	30	47
испод 75	1	4	17	22
укупно	77	71	133	281

Деца узраста **четири до пет** година показују следећа постигнућа у домену експресивни говор: 95-100% тридесетдеветоро деце, 85-95% двадесетосморо деце, 75-85% деветоро деце и испод 75% једно дете. Деца узраста **пет до шест** година показују следећа постигнућа у домену експресивни говор: 95-100% двадесетпеторо деце, 85-95% тридесетчетворо деце, 75-85% осморо деце и испод 75% четворо деце.

Деца узраста **шест до седам** година показују следећа постигнућа у домену експресивни говор: 95-100% четрдесетпеторо деце, 85-95% четрдесетједно дете, 75-85% тридесеторо деце и испод 75% седамнаесторо деце.

Табела 152. **Постигнућа деце у области Груба моторика у процентуалним категоријама**
Процентуалне категорије

постигнућа	број	проценат
95-100	158	56.2
85-95	64	22.8
85-75	38	13.5
испод 75	21	7.5
укупно	281	100.0

На читавом узорку деце (281 дете) у домену груба моторика постигнућа: 95-100% показало је 56.2% деце, 85-95% способности у овом домену показује 22.8% деце, 75-85% налазимо код 13.5% деце, док је способност испод 75% утврђена код 7.5% деце (двадесет и једно дете).

Табела 153. **Постигнућа у области Груба моторика према узрастним нивоима**

Процентуалне
категорије

постигнућа	4-5година	5-6година	6-7година	укупно
95-100	39	36	79	154
85-95	19	22	22	63
85-75	10	8	18	36
испод 75	8	4	9	21
укупно	76	70	128	274

Деца узраста **четири до пет** година показују следећа постигнућа у домену груба моторика: 95-100% тридесетдеветоро деце, 85-95% деветнаесторо деце, 75-85% десеторо деце и испод 75% осморо деце.

Деца узраста **пет до шест** година показују следећа постигнућа у домену груба моторика: 95-100% тридесетшесторо деце , 85-95% двадесетдвоје деце, 75-85% осморо деце и испод 75% четворо деце.

Деца узраста **шест до седам** година показују следећа постигнућа у домену груба моторика: 95-100% седамдесетдеветоро деце, 85-95% двадесетдвоје деце, 75-85% осамнаесторо деце и испод 75% деветоро деце.

Табела 154. Постигнућа деце у области Социо емоционални развој у процентуалним категоријама

Процентуалне

категорије постигнућа	број	проценат
95-100	162	57.4
85-95	70	24.8
85-75	32	11.3
испод 75	18	6.4
укупно	282	100.0

На читавом узорку деце (282. деце) у домену социоемоционални развој постигнућа у оквиру 95-100% показало је 57.4% деце, 85-95% способности у овом домену показује 24.8% деце, 75-85% налазимо код 11.3% деце, док је способност испод 75% утврђена код 6.4% деце (осамнаесторо деце).

Табела 155. Постигнућа у области Социо емоционални развој према узрастним нивоима

Процентуалне

категорије

постигнућа	4-5година	5-6година	6-7година	укупно
95-100	39	42	77	158
85-95	21	14	34	69
85-75	8	9	14	31
испод 75	7	4	6	17
укупно	75	69	131	275

Деца узраста **четири до пет** година показују следећа постигнућа у домену социоемоционални развој: 95-100% тридесетдеветоро деце, 85-95% двадесетједно дете, 75-85% осморо деце и испод 75% седморо деце.

Деца узраста **пет до шест** година показују следећа постигнућа у домену социоемоционални развој: 95-100% четрдесетдвоје деце, 85-95% четрнаесторо деце, 75-85% деветоро деце и испод 75% четворо деце.

Деца узраста **шест до седам** година показују следећа постигнућа у домену социоемоционални развој: 95-100% седамдесетседморо деце, 85-95% тридесетчетворо деце, 75-85% четрнаесторо и испод 75% шесторо деце.

Табела 156. **Постигнућа деце у области Школске/академске вештине у процентуалним категоријама**

Процентуалне категорије постигнућа	број	проценти
95-100	155	54.0
85-95	80	27.9
85-75	31	10.8
испод 75	21	7.3
укупно	287	100.0

На читавом узорку деце (287деце) у домену академске вештине постигнућа у оквиру 95-100% показало је 54.0% деце, 85-95% способности у овом домену показује 27.9% деце, 75-85% налазимо код 10.8% деце, док је способност испод 75% утврђена код 7.3% деце (осамнаесторо деце).

Табела 157. **Постигнућа у области Школске/академске вештине према узрастим нивоима**

Процентуалне

категорије постигнућа	4-5година	5-6година	6-7година	укупно
95-100	33	38	78	149
85-95	22	19	38	79
75-85	14	6	11	31
испод 75	7	8	6	21
укупно	76	71	133	280

Деца узраста **четири до пет** година показују следећа постигнућа у домену академске вештине: 95-100% тридесеттроје деце, 85-95% двадесетдвоје дете, 75-85% четрнаесторо деце и испод 75% седморо деце.

Деца узраста **пет до шест** година показују следећа постигнућа у домену академске вештине: 95-100% тридесетосморо деце, 85-95% деветнаесторо деце, 75-85% шесторо деце и испод 75% осморо деце.

Деца узраста **шест до седам** година показују следећа постигнућа у домену академске вештине: 95-100% седамдесетосморо деце, 85-95% тридесетосморо деце, 75-85% једанаесторо и испод 75% шесторо деце.

Табела 158. Мера повезаности испитиваних развојних домена - Интеркорелације мера седам домена развоја

домен	1	2	3	4	5	6
1. експресивни говор	/					
2. груба моторика	.143 (.016)*	/				
3.социјализација	.292 (.000)	.202 (.001)	/			
4. образовање	.286 (.000)	.108 (.071)	.201 (.001)	/		
5. самопоћ	.207 (.000)	.137 (.022)	.245 (.000)	.194 (.001)	/	
6. фина моторика	.239 (.000)	.240 (.000)	.155 (.010)	.307 (.000)	.250 (.000)	/
7. рецептивни говор	.260 (.000)	.175 (.003)	.210 (.000)	.265 (.000)	.222 (.000)	.244 (.000)

*Напомена: у загради испод, поред коефицијената корелације, дати су нивои њихове значајности.

Резултати приказани у табели интеркорелације сведоче о доследној позитивној повезаности различитих домена развоја. Само три од укупно 21 коефицијента корелације није статистички значајан ($p > .05$). То су: груба моторика и експресивни говор ($r = .143$) ($p = .016$), груба моторика и самопомоћ ($r = .137$) ($p = .022$) и образовање и груба моторика ($r = .108$) ($p = .071$).

Највиша корелација регистрована у случају фине моторике и образовања ($r = .31$, $p < .001$). Експресивни говор и социјализација у високом степену корелације ($r = .29$, $p < .001$), као и Експресивни говор и образовање (академске вештине) ($r = .29$, $p < .001$), следе Експресивни говор и рецептивни говор ($r = .26$, $p < .001$) Фина моторика и самопомоћ ($r = .26$, $p < .001$), а затим Самопомоћ и социјализација ($r = .24$, $p < .001$) Рецептивни говор и фина моторика ($r = .24$, $p < .001$) Фина и груба моторика ($r = .24$, $p < .001$), Фина моторика и експресивни говор ($r = .24$, $p < .001$), Рецептивни говор и самопомоћ ($r = .22$, $p < .001$), Рецептивни говор и социјализација ($r = .21$, $p < .001$), Самопомоћ и експресивни говор ($r = .21$, $p < .001$), и на крају најнижа регистрована корелација у случају Образовање и социјализација ($r = .20$, $p = .001$).

Табела 159. Полне разлике у постигнућима према свим доменима развоја

	фина мотори ка	самопом оћ	рецептив ни говор	експресив ни говор	груба мотори ка	социјализац ија	образова ње
дечади	94.77	93.82	96.68	90.46	94.35	92.93	93.16
девојчи це	95.29	93.58	97.26	91.88	91.53	93.84	92.68
t	-0.553	0.253	-0.770	-1.313	2.346	-0.770	0.439
df	284	282	284	285	278	279	284
p	.580	.800	.442	.190	.020	.442	.661

Статистичку значајност разлике бележимо у домену грубе моторике по питању постигнућа девојчица и дечака ($p = .020$) Маргинална значајност присутна у домену експресивни говор ($p = .190$).

Табела 160. Дистрибуција резултата према забринутости у свим доменима развоја.

	говор (средња вредност експресивни/рецептивни)	фина моторика	груба моторика	социјализација/ понашање	социјализација/ однос други
има забринутости	92.64(86)	91.17 (6)	1.00 E2 (6)	90.40 (82)	88.72(58)
нема забринутости	94.63(201)	95.40 (268)	93.25 (268)	94.68 (186)	94.62(213)
t	2,525	1.400	-1.551	3.323	4.159
df	285	272	267	266	269
p	.012	.16	.122	.001	.000

Статистичку значајност уочавамо у областима: понашање ($p = .001$), однос са другима ($p = .000$) и говор ($p = .012$)

Табела 161. Дистрибуција резултата односа идентификоване деце процењене БЕК тестом и њихових објективних постигнућа на PEDS DM тесту.

проценат постигнућа	идентификован	број	средња вредност постигнућа	с. девијација	с. грешка просека
фина моторика	није	266	95.13	7.729	.474
	јесте	20	93.47	10.087	2.255
самопомоћ	није	265	94.07	7.517	.462
	јесте	20	88.68	12.404	2.774
рецептивни говор	није	267	97.16	6.005	.368
	јесте	20	94.22	8.325	1.862
експресивни говор	није	268	91.30	9.157	.559
	јесте	20	89.16	9.364	2.094
груба моторика	није	261	93.25	10.121	.627
	јесте	20	90.72	10.160	2.272
социјализација	није	263	93.52	9.842	.607
	јесте	20	91.54	9.331	2.141
образовање	није	268	92.98	9.287	.567
	јесте	20	92.19	9.198	2.110

Средње вредности постигнућа на PEDS DM тесту идентификоване деце од стране васпитача (БЕК тестом) у домену „Фина моторика 93.47%, у групи идентификоване деце. док је у групи неидентификоване деце 95.13%. У домену „Самопомоћ“ средња вредност постигнућа 88.68%, док је у групи неидентификоване деце 94.7%. У домену „Рецептивни говор“ средња вредност постигнућа 94.22%, док је у групи неидентификоване деце 97.16%. У домену „Експресивни говор“ средња вредност постигнућа 89.16%, док је у групи неидентификоване деце 91.30%. У домену „Груба моторика“ средња вредност постигнућа 90.72%, док је у групи неидентификоване деце 93.25%. У домену „Социјализација“ средња вредност постигнућа 92.19% ,док је у групи неидентификоване деце 92.98%.

Табела 162. Предиктивни фактори за упућивање деце на основу PEDS -а, према способностима деце показаним на PEDS DM тестом.

Корелација

		Проценат постигнућа фина моторика	проценат постигнућа Самопомоћ	проценат постигнућа рецептивни говор	проценат постигнућа експресивни говор	проценат постигнућа груба моторика	проценат постигнућа социјализација	проценат постигнућа образовање
упућивање детета	Pearson Correlation	.086	.041	.054	.194**	.014	.227**	.164**
	статистичка значајност	.145	.486	.364	.001	.822	.000	.005
	Број деце	286	285	287	288	281	282	287

Статистичку значајност на нивоу (0.01) уочавамо у доменима Говор (.001), Социјализација (.000), образовање.(.005) (за упућивање према путевима које предвиђа PEDS тест.)

Табела 163. Дистрибуција просечних постигнућа деце кроз „путеве“ које за њих предвиђа PEDS у даљој процедури, а у оквиру свих домена развоја.

Проценат постигнућа		Просек					Интервал поверења		
		број испитаника	постигн ућа	Стандарна девијација	Стандардна грешка	95%		Минимум	Максимум
						Доња граница	Горња граница		
фина моторика	пут А	5	94.20	5.357	2.396	87.548	100.852	89.00	100.00
	пут Б	79	93.58	8.762	.986	91.614	95.539	67.00	100.00
	пут Ц	75	95.93	6,353	,733	94,471	97,394	75,00	100,00
	пут Е	127	95.41	8,201	,728	93,966	96,846	58,00	100,00
	укупно	286	95.02	7,906	,467	94,097	95,938	58,00	100,00
Самопомоћ	пут А	5	88.80	4.558	2.038	83.140	94.460	81.60	92.40
	пут Б	80	93.35	7.956	.889	91.580	95.121	69.35	100.00
	пут Ц	72	94.32	7.322	.863	92.595	96.036	69.00	100.00
	пут Е	128	93.76	8.573	.756	92.253	95.252	56.00	100.00
	укупно	285	93.69	8.045	.477	92.757	94.633	56.00	100.00
рецептивни говор	пут А	5	98.60	3.130	1.400	94.713	102.487	93.00	100.00
	пут Б	80	96.30	7.068	.790	94.726	97.872	57.00	100.00
	пут Ц	74	96.91	6.407	.745	95.423	98.392	74.00	100.00
	пут Е	128	97.33	5.625	.497	96.351	98.319	71.80	100.00
	укупно	287	96.96	6.221	.367	96.235	97.681	57.00	100.00
експресивни говор	пут А	5	81.68	13.342	5.967	65.113	98.246	66.00	100.00
	пут Б	80	89.56	9.316	1.041	87.487	91.633	59.00	100.00
	пут Ц	74	90.41	9.443	1.097	88.222	92.598	65.40	100.00
	пут Е	129	92.92	8.369	.737	91.466	94.381	58.00	100.00
	укупно	288	91.14	9.171	.540	90.084	92.212	58.00	100.00
груба моторика	пут А	5	90.40	15.646	6.997	70.972	109.827	64.00	100.00
	пут Б	78	92.53	9.340	1.057	90.421	94.634	64.71	100.00
	пут Ц	72	94.35	8.438	.994	92.363	96.329	66.60	100.00
	пут Е	126	92.79	11.234	1.005	90.811	94.773	39.20	100.00

	укупно	281	93.07	10.127	.604	91.885	94.263	39.20	100.00
социјализација	пут А	5	78.72	10.542	4.714	65.630	91.809	64.70	91.90
	пут Б	79	91.83	10.815	1.216	89.406	94.251	41.00	100.00
	пут Ц	72	92.15	9.443	1.112	89.928	94.366	59.00	100.00
	пут Е	126	95.64	8.530	.760	94.140	97.148	46.70	100.00
	укупно	282	93.38	9.805	.584	92.233	94.531	41.00	100.00
образовање	пут А	5	89.60	10.013	4.478	77.167	102.032	75.00	100.00
	пут Б	79	90.91	10.645	1.197	88.530	93.299	55.00	100.00
	пут Ц	75	92.73	9.152	1.056	90.626	94.838	69.20	100.00
	пут Е	128	94.41	8.164	.721	92.986	95.842	61.00	100.00
	укупно	287	92.93	9.268	.547	91.851	94.004	55.00	100.00

Табела 164. Предикција упућивања детета у односу на (зависне варијабле) постигнућа деце према PEDS DM-у (Анова анализа) .

		сума квадрата	степен слободе	просек квадрата	ниво значајности
Проценат постигнућа фина моторика	између група	249.315	3	83.105	.263
	унутар група	17564.311	282	62.285	
	укупно	17813.626	285		
проценат постигнућа Самопомоћ	између група	157.427	3	52.476	.490
	унутар група	18224.598	281	64.856	
	укупно	18382.025	284		
проценат постигнућа рецептивни говор	између група	66.558	3	22.186	.635
	унутар група	11002.041	283	38.876	
	укупно	11068.599	286		
проценат постигнућа експресивни говор	између група	1097.081	3	365.694	.004
	унутар група	23042.839	284	81.137	
	укупно	24139.920	287		
проценат постигнућа груба моторика	између група	185.471	3	61.824	.615
	унутар група	28529.578	277	102.995	
	укупно	28715.049	280		
проценат постигнућа социјализација	између група	2020.235	3	673.412	.000
	унутар група	24992.847	278	89.902	
	укупно	27013.082	281		
проценат постигнућа образовање	између група	661.100	3	220.367	.052
	унутар група	23903.144	283	84.463	
	укупно	24564.244	286		

Табела 165. Дистрибуција резултата постигнућа деце идентификоване од стране васпитача (БЕК) у домену **рецептивни говор** према PEDS DM-у

Процентуалне категорије

постигнућа	број	проценат
95-100	12	60.0
85-95	4	20.0
85-75	3	15.0
испод 75	1	5.0
укупно	20	100.0

40% деце има кашњење у развојном домену „рецептивни говор“ према резултатима PEDS PEDS DM. 20% има проценат постигнућа 85-95%, 15% показује способности у распону од 85-75% и 5% деце која имају кашњења за 25% и више.

Табела 166. Дистрибуција резултата постигнућа деце идентификоване од стране васпитача (БЕК) у домену **експресивни говор** према PEDS PEDS DM-у

Процентуалне категорије

постигнућа	број	проценат
95-100	6	30.0
85-95	7	35.0
85-75	4	20.0
испод 75	3	15.0
укупно	20	100.0

70% деце има развојно кашњење у развојном домену „експресивни говор“ према резултатима PEDS PEDS DM. 35% има проценат постигнућа 85-95%, 20% показује способности у распону од 85-75% и 15% деце која имају кашњења за 25% и више.

Табела 167. Дистрибуција резултата постигнућа деце идентификоване од стране васпитача (БЕК) у домену **груба моторика** према PEDS PEDS DM-у

Процентуалне категорије

постигнућа	број	проценат
95-100	8	40.0
85-95	7	35.0
85-75	3	15.0
испод 75	2	10.0
укупно	20	100.0

60% деце има развојно кашњење у развојном домену „груба моторика“ према резултатима PEDS PEDS DM. 35% има проценат постигнућа 85-95%, 15% показује способности у распону од 85-75% и 10% деце која имају кашњења за 25% и више.

Табела 168. Дистрибуција резултата постигнућа деце идентификоване од стране васпитача (БЕК) у домену **однос са другима/социјализација** према PEDS DM-у

Процентуалне категорије постигнућа	број	проценат
95-100	10	52.6
85-95	3	15.8
85-75	4	21.1
испод 75	2	10.5
укупно	19	100.0

47.4 % деце има развојно кашњење у развојном домену „однос са другима“ према резултатима PEDS DM. 15.8% има проценат постигнућа 85-95%, 21.1% показује способности у распону од 85-75% и 10.5% деце која имају кашњења за 25% и више.

Табела 169. Дистрибуција резултата постигнућа деце идентификоване од стране васпитача (БЕК) у домену **образовне вештине** према PEDS DM-у

Процентуалне категорије постигнућа	број	проценат
95-100	8	42.1
85-95	7	36.8
85-75	2	10.5
испод 75	2	10.5
укупно	19	100.0

57.8 % деце има развојно кашњење у развојном домену „образовне/академске вештине“ према резултатима PEDS DM. 36.8% има проценат постигнућа 85-95%, 10.5% показује способности у распону од 85-75% и 10.5% деце која имају кашњења за 25% и више.

Табела 170. Дистрибуција резултата постигнућа деце идентификоване од стране васпитача (БЕК) у домену **фина моторика** према PEDS DM-у

Процентуалне категорије постигнућа	број	проценат
95-100	11	55.0
85-95	6	30.0
85-75	2	10.0
испод 75	1	5.0
укупно	20	100.0

45 % деце има развојно кашњење у развојном домену „фина моторика“ према резултатима PEDS DM. 30% има проценат постигнућа 85-95%, 10% показује способности у распону од 85-75% и 5% деце која имају кашњења за 25% и више.

Табела 171. Дистрибуција резултата постигнућа деце идентификоване од стране васпитача (БЕК) у домену **самопомоћ** према PEDS DM-у

Процентуалне категорије постигнућа	број	проценат
95-100	6	30.0
85-95	9	45.0
85-75	2	10.0
испод 75	3	15.0
укупно	20	100.0

70 % деце има развојно кашњење у развојном домену „самопомоћ“ према резултатима PEDS DM. 45% има проценат постигнућа 85-95%, 10% показује способности у распону од 85-75% и 15% деце која имају кашњења за 25% и више.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА АКТУЕЛНЕ ПОДРШКЕ ДЕЦИ СА РАЗВОЈНИМ ТЕШКОЋАМА У ПУ

Тврдње васпитача

Табела 172. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Стручна служба након што им проследим информацију да имам проблем у групи са дететом у кратком року (3 дана) започне процес опсервације детета.**

	број	проценти
у потпуности се не слажем	5	8.8
не слажем се	16	28.1
и слажем се и не слажем се	21	36.8
слажем се	8	14.0
у потпуности се слажем	7	12.3
укупно	57	100.0

Са наведеном тврдњом сагласно је у потпуности 12.3% васпитача, слаже се 14.0%, слаже се и не слаже 36.8%, 28.1% васпитача се не слаже, док се 8.8% у потпуности не слаже.

Табела 173. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Стручна служба ми након опсервације детета да инструкције за рад са дететом**

	број	проценти
у потпуности се не слажем	1	1.8
не слажем се	11	19.3
и слажем се и не слажем се	21	36.8
слажем се	20	35.1
у потпуности се слажем	4	7.0
укупно	57	100.0

Са наведеном тврдњом сагласно је у потпуности 7.0% васпитача, слаже се 35.1%, слаже се и не слаже 36.8%, 19.3% васпитача се не слаже, док се 1.8% у потпуности не слаже.

Табела 174. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Стручна служба ми да план по ком треба да радим са тим дететом и одређена прилагођавања која треба да чиним како би оно било потпуно укључено**

	број	проценат
у потпуности се не слажем	2	3.5
не слажем се	15	26.3
и слажем се и не слажем се	19	33.3
слажем се	21	36.8
укупно	57	100.0

Са наведеном тврдњом слаже се 36.8% васпитача, слаже се и не слаже 33.3%, 26.3% васпитача се не слаже, док се 3.5% у потпуности не слаже.

Табела 175. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Када имам неки проблем са дететом налазим се према свом знању и искуству**

	број	проценти
у потпуности се не слажем	2	3.3
не слажем се	6	9.8
и слажем се и не слажем се	27	44.3
слажем се	18	29.5
у потпуности се слажем	8	13.1
укупно	61	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 13.1, слаже се 29.5% васпитача, слаже се и не слаже 44.3%, 9.8% васпитача се не слаже, док се 3.3% у потпуности не слаже.

Табела 176. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Обраћам се колегиницама за савет када имам неки проблем са дететом**

	број	проценат
не слажем се	1	1.6
и слажем се и не слажем се	14	23.0
слажем се	37	60.7
у потпуности се слажем	9	14.8
укупно	61	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 14.8%, слаже се 60.7% васпитача, слаже се и не слаже 23.0%, 1.6% васпитача се не слаже.

Табела 177. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Препуштена сам сама себи када у групи имам дете који ми на било који начин ремети рад са другом децом**

	број	проценат
у потпуности се не слажем	5	8.5
не слажем се	18	30.5
и слажем се и не слажем се	18	30.5
слажем се	15	25.4
у потпуности се слажем	3	5.1
укупно	59	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 5.1, слаже се 25.4% васпитача, слаже се и не слаже 30.5%, 30.5% васпитача се не слаже, док се 8.5% у потпуности не слаже.

Табела 178. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Проблем који ми се појави у групи увек најбоље решим сама**

	број	проценти
у потпуности се не слажем	3	4.8
не слажем се	20	32.3
и слажем се и не слажем се	30	48.4
слажем се	7	11.3
у потпуности се слажем	2	3.2
укупно	62	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 3.2%, слаже се 11.3% васпитача, слаже се и не слаже 48.4%, 32.3% васпитача се не слаже, док се 4.8% у потпуности не слаже.

Табела 179. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Било би ми од велике користи да добијем јасну инструкцију како и шта да радим са дететом**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	11	17.7
слажем се	35	56.5
у потпуности се слажем	16	25.8
укупно	62	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 25.8, слаже се 56.5% васпитача, слаже се и не слаже 17.7%, не слагање са овом тврдњом нису изразили.

Табела 180. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Одустала сам од тога да обавештавам стручну службу о сваком проблему који имам у групи са децом.**

	број	проценат
у потпуности се не слажем	6	9.8
не слажем се	20	32.8
и слажем се и не слажем се	13	21.3
слажем се	16	26.2
у потпуности се слажем	6	9.8
укупно	61	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 9.8%, слаже се 26.2% васпитача, слаже се и не слаже 21.3% , не слаже 32.8%, док се 9.8% у потпуности не слаже.

Табела 181. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Од дефектолога бих могла да добијем јасну инструкцију како да поступим, како да прилагодим активности за дете које се другачије понаша.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	13	21.0
слажем се	35	56.5
у потпуности се слажем	14	22.6
укупно	62	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 22.6%, слаже се 56.5% васпитача, слаже се и не слаже 21.0%, неслагање са овом тврдњом нису изразили.

Табела 182. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Присуство дефектолога у вртићу омогућило би ми квалитетнији рад и растерећење у раду са децом која се другачије понашају, имају неке тешкоће.**

	број	проценат
не слажем се	1	1.6
и слажем се и не слажем се	3	4.8
слажем се	34	54.8
у потпуности се слажем	24	38.7
укупно	62	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 38.7%, слаже се 54.8% васпитача, слаже се и не слаже 4.8% , не слаже се 1.6%.

Табела 183. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Искључиво педагог и психолог, као сарадници стручне службе, могу да ми дају корисне информације о детету.**

	број	проценат
у потпуности се не слажем	6	9.7
не слажем се	16	25.8
и слажем се и не слажем се	20	32.3
слажем се	16	25.8
у потпуности се слажем	4	6.5
укупно	62	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 6.5%, слаже се 25.8% васпитача, слаже се и не слаже 32.3% , не слаже 25.8%, док се 9.7% у потпуности не слаже.

Табела 184. Дистрибуција одговора васпитача по тврђњи на питање: **Родитељ ми се обраћа и тражи подробне информације о активностима детета у вртићу.**

	број	проценат
не слажем се	7	11.9
и слажем се и не слажем се	20	33.9
слажем се	25	42.4
у потпуности се слажем	7	11.9
укупно	59	100.0

Са наведеном тврђњом у потпуности се слаже 11.9%, слаже се 42.4% васпитача, слаже се и не слаже 33.9% , не слаже се 11.9%.

Табела 185. Дистрибуција одговора васпитача на питање: **Родитељи се распитују о понашању детета у групи деце.**

	број	проценат
не слажем се	2	3.3
и слажем се и не слажем се	15	25.0
слажем се	35	58.3
у потпуности се слажем	8	13.3
укупно	60	100.0

Са наведеном тврђњом у потпуности се слаже 13.3%, слаже се 58.3% васпитача, слаже се и не слаже 25.0% , не слаже се 3.3%.

Табела 186. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Ограничена сам у томе шта родитељима смем да кажем по питању понашања детета.**

	број	проценат
не слажем се	10	16.7
и слажем се и не слажем се	14	23.3
слажем се	28	46.7
у потпуности се слажем	8	13.3
укупно	60	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 13.3%, слаже се 46.7% васпитача, слаже се и не слаже 23.3% , не слаже се 16.7%.

Табела 187. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Када имам проблем са дететом слободно то могу да поделим са родитељима.**

	број	проценат
у потпуности се не слажем	2	3.3
не слажем се	11	18.3
и слажем се и не слажем се	34	56.7
слажем се	13	21.7
укупно	60	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 21.7%, слаже се 56.7% васпитача, слаже се и не слаже 18.3% , не слаже се 3.3%.

Табела 188. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Са родитељима могу отворено да попричам о детету, његовом понашању, мојим запажањима.**

	број	проценат
не слажем се	4	6.7
и слажем се и не слажем се	36	60.0
слажем се	19	31.7
у потпуности се слажем	1	1.7
укупно	60	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 1.7%, слаже се 31.7% васпитача, слаже се и не слаже 60% , не слаже се 6.7%.

Табела 189. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **У односу на став родитеља проценим шта ћу и како рећи о детету.**

	број	проценти
у потпуности се не слажем	3	4.9
не слажем се	5	8.2
и слажем се и не слажем се	4	6.6
слажем се	34	55.7
у потпуности се слажем	15	24.6
укупно	61	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 24.6%, слаже се 55.7% васпитача, слаже и не слаже 6.6% , не слаже се 3.2%, док се 4.9% у потпуности не слаже.

Табела 190. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Са родитељима сам у површној комуникацији, дајем информације само када ме нешто питају.**

	број	проценат
у потпуности се не слажем	2	3.3
не слажем се	36	60.0
и слажем се и не слажем се	15	25.0
слажем се	7	11.7
укупно	60	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 11.7% васпитача, слаже се и не слаже 25.0%, не слаже се 60%, док се 3.3% у потпуности не слаже.

Табела 191. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Родитељи су заинтересовани за активности детета у вртићу.**

	број	проценти
не слажем се	4	6.8
и слажем се и не слажем се	29	49.2
слажем се	21	35.6
у потпуности се слажем	5	8.5
укупно	59	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 8.5%, слаже се 35.6% васпитача, слаже и не слаже 49.2% , не слаже се 6.8%.

Табела 192. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Родитељи су заинтересовани за понашање детета у вртићу.**

	број	проценат
не слажем се	3	5.0
и слажем се и не слажем се	30	50.0
слажем се	21	35.0
у потпуности се слажем	6	10.0
укупно	60	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 10%, слаже се 35.% васпитача, слаже и не слаже 50% , не слаже се 5%.

Табела 193. Дистрибуција одговора васпитача по тврдњи на питање: **Родитељи су углавном незаинтересовани, презапослени, немају времена за децу.**

	број	проценти
у потпуности се не слажем	1	1.7
не слажем се	18	30.0
и слажем се и не слажем се	25	41.7
слажем се	11	18.3
у потпуности се слажем	5	8.3
укупно	60	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 8.3% васпитача, слаже се 18.3%, слаже се и не слаже 41.7% , не слаже се 30%, док се 1.7% у потпуности не слаже.

Тврдње стручне службе ПУ

Табела 194. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **Након опсервације детета васпитачима дајемо инструкције на који начин да поступају са дететом и каква прилагођавања да примене.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	1	8.3
слажем се	4	33.3
у потпуности се слажем	7	58.3
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 58.3% чланова стручне службе, слаже се 33.3%, слаже се и не слаже 8.3%. Не слагање у овој тврдњи није присутно.

Табела 195. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **васпитачима дајем инструкције о прилагођавању активности у васпитно образовном процесу за децу која имају сметње у развоју.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	1	8.3
слажем се	4	33.3
у потпуности се слажем	7	58.3
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 58.3% чланова стручне службе, слаже се 33.3%, слаже се и не слаже 8.3%. Не слагање у овој тврдњи није присутно.

Табела 196. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **након опсервације детета обавимо разговор са родитељима.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	6	50.0
слажем се	1	8.3
у потпуности се слажем	5	41.7
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 41.7% чланова стручне службе, слаже се 8.3%, слаже се и не слаже 50%. Не слагање у овој тврдњи није присутно.

Табела 197. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **Родитељи су спремни за сарадњу и прихватају инструкције стручњака стручне службе.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	8	66.7
слажем се	4	33.3
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом се слаже 58.3% чланова стручне службе, слаже се и не слаже 66.7%. Остале категорије слагања/неслагања нису присутне.

Табела 198. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврђњи: **Родитељи се сами обраћају за помоћ стручној служби, када су из неког разлога забринуте за дете.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	5	41.7
слажем се	4	33.3
у потпуности се слажем	3	25.0
укупно	12	100.0

Са наведеном тврђњом у потпуности се слаже 25% чланова стручне службе, слаже се 33.3%, слаже се и не слаже 41.7%. Не слагање у овој тврђњи није присутно.

Табела 199. Дистрибуција резултата одговора на питање: **Вршимо праћење детета са сметњама у развоју и његових постигнућа на месечном, тромесечном, полугодишњем нивоу.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	3	25.0
слажем се	4	33.3
у потпуности се слажем	5	41.7
укупно	12	100.0

Са наведеном тврђњом у потпуности се слаже 41.7% чланова стручне службе, слаже се 33.3%, слаже се и не слаже 25%. Не слагање у овој тврђњи није присутно.

Табела 200. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **Након што добијемо информације од васпитача да имају проблем у групи са извесним дететом, у кратком року (3 дана) започињем процес опсервације детета.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	2	16.7
слажем се	7	58.3
у потпуности се слажем	3	25.0
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 25.% чланова стручне службе, слаже се 58.3%, слаже се и не слаже 16.7%. Не слагање у овој тврдњи није присутно.

Табела 201. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **Након опсервације и разговора са родитељима, васпитачима дајемо план по коме треба да раде са дететом, прилагођавања поводом укључивања.**

	број	проценат
не слажем се	1	8.3
и слажем се и не слажем се	4	33.3
слажем се	4	33.3
у потпуности се слажем	3	25.0
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 25% чланова стручне службе, слаже се 33.3%, слаже се и не слаже 33.3%, не слаже се 8.3%.

Табела 202. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **Присуство дефектолога, као стручног сарадника у тимовима ПУ, олакшало би рад са децом која испољавају сметње или тешкоће у развоју или понашању.**

	број	проценат
и слажем се и не слажем се	3	27.3
слажем се	5	45.5
у потпуности се слажем	3	27.3
укупно	11	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 27.3.% чланова стручне службе, слаже се 45.5%, слаже се и не слаже 27.3%. Не слагање у овој тврдњи није присутно.

Табела 203. Дистрибуција резултата одговора на питање: **У стручној служби ПУ довољни су педагог и психолог, као подршка деци са сметњама и поремећајима у развоју и понашању.**

	број	проценат
у потпуности се не слажем	1	8.3
не слажем се	9	75.0
и слажем се и не слажем се	2	16.7
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се не слаже 8.3.% чланова стручне службе, не слаже се 75%, слаже се и не слаже 16.7%. Слагање у овој тврдњи није присутно.

Табела 204. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **Превелики број деце покрива један стручни сарадник на терену у оквиру ПУ.**

	број	проценат
не слажем се	2	16.7
слажем се	5	41.7
у потпуности се слажем	5	41.7
укупно	12	100.0

Са наведеном тврдњом у потпуности се не слаже 16.7% чланова стручне службе, не слаже се 41.7%. слаже се и не слаже 41.7%. Слагање у овој тврдњи није присутно.

Статистика

Табела 205. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **На месечном нивоу у просеку васпитачи ме обавештавају о проблемима које имају са децом колико пута.**

број	минимум	максимум	средња вредност	стандардна девијација
8	2	20	5,75	5,970

На месечном нивоу просечно васпитачи траже помоћ на терену око 6 пута. Минимум два, максимум двадесет пута.

Табела 206. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи: **Током прошле године опсервирала сам деце на позив васпитача**

број стручних сарадника	минимум	максимум	средња вредност	стд. девијација
6	20	304	89.00	109.170

Опсервацију деце по позиву један стручни сарадник обавио је прошле године у просеку 89 пута, минимум двадесет, максимум тристотинечетворо.

Табела 207. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи на питање: Који број вртића **као стручни сарадник покривам на терену**.

број стручних сарадника	минимум	максимум	средња вредност	стд. девијација
12	5	33	11.92	7.61

Један стручни сарадник на терену опсервира у просеку 12 вртића, минимум пет, максимум тридесет и три.

Табела 208. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи на питање: **Као стручни сарадник на терену покривам група**

број	минимум	максимум	средња вредност	стандардна девијација
11	14	712	151,18	208.422

Један стручни сарадник на припадајућем терену који покрива у просеку стопедесет група деце, најмање четрнаест, максимум седамстотинадванаест.

Табела 209. Дистрибуција одговора члана стручне службе по тврдњи на питање: **Као стручни сарадник покривам деце на терену у вртићима**

број сарадника	стручних	минимум	максимум	средња вредност	стд. девијација
6		1100	3800	3250.00	1063.485

Један стручни сарадник на терену покрива у просеку трихиљадедвестапедесеторо деце. Минимум хиљаду, максимум трихиљадеосамсто.

Табела 210. Дистрибуција резултата односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Стручна служба након што им проследим информацију да имам проблем у групи са дететом у кратком року (3 дана) започне процес опсервације детета“ / „Након што добијемо информације од васпитача да имају проблем у групи са извесним дететом, у кратком року (3 дана) започињем процес опсервације детета“

	број испитаника	просек	стандардна девијација	стандардна грешка просека
васпитачи	57	1.93	1.132	.150
стручна служба	11	3.18	.603	.182

Резултати т-теста показују да постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=3.558$, $df=66$, $p=.001$).

	вредност	степен слободе	ниво значајности
T тест	3.558	66	.001

Табела 211. Дистрибуција резултата односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Стручна служба ми након опсервације детета да инструкције за рад са дететом“ / „Након опсервације детета васпитачима дајемо инструкције на који начин да поступају са дететом и каква прилагођавања да примене.“

	број испитаника	просек	стандардна девијација	стандардна грешка просека
васпитачи	57	2.26	.917	.121
стручна служба	12	3.50	.674	.195

Резултати т-теста показују да постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=-4.418$, $df=67$, $p=.000$).

	вредност	степен слободe	ниво значајности
Т тест	-4.418	67	.000

Табела 212. Дистрибуција резултата односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Стручна служба ми након опсервације детета да инструкције за рад са дететом“ „Васпитачима дајем инструкције о прилагођавању активности у васпитно образовном процесу за децу која имају сметње у развоју“

	број испитаника	просек	стандардна девијација	стандардна грешка просека
васпитачи	57	2.26	.917	.121
стручна служба	12	3.50	.674	.195

Резултати т-теста показују да постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=-4.418$, $df=67$, $p=.000$).

	вредност	степен слободe	ниво значајности
Т тест	-4.418	67	.000

Табела 213. Дистрибуција резултата односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Стручна служба ми да план по ком треба да радим са тим дететом и одређена прилагођавања која треба да чиним како би оно било потпуно укључено/ „Након опсервације и разговора са родитељима, васпитачима дајемо план по коме треба да раде са дететом, прилагођавања поводом укључивања.“

	број испитаника	просек	стандардна девијација	стандардна грешка просека
васпитачи	57	2.04	.886	.117
стручна служба	12	2.75	.965	.279

Резултати т-теста показују да постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=-2.503$, $df=67$, $p=.000$).

	вредност	степен слободe	ниво значајности
Т тест	-2.503	67	.000

Табела 214. Дистрибуција резултата односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Од дефектолога бих могла да добијем јасну инструкцију како да поступим и како да прилагодим активности за дете које се другачије понаша“ / „Присуство дефектолога као стручног сарадника у тимовима ПУ олакшало би рад са децом која испољавају сметње или тешкоће у развоју или понашању“

	број испитаника	просек	стандардна девијација	стандардна грешка просека
васпитачи	62	3.02	.665	.084
стручна служба	12	2.75	.965	.279

Резултати т-теста показују да не постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=1.173$, $df=72$, $p=.244$).

	вредност	степен слободe	ниво значајности
Т тест	1.173	72	.244

Табела 215. Дистрибуција резултата односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Присуство дефектолога у вртићу омогућило би ми квалитетнији рад и растерећење у раду са децом која се другачије понашају, имају неке тешкоће“/ „Присуство дефектолога као стручног сарадника у тимовима ПУ олакшало би рад са децом која испољавају сметње или тешкоће у развоју или понашању“

	број испитаника	просек	стандардна девијација	стандардна грешка просека
васпитачи	62	3.31	.642	.082
стручна служба	11	3.00	.775	.234

Резултати т-теста показују да не постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=1.414$, $df=71$, $p=.162$).

	вредност	степен слободе	ниво значајности
Т тест	1.414	71	.162

Табела 216. Дистрибуција резултата односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Искључиво педагог и психолог као сарадници стручне службе могу да ми дају корисне информације о детету“/ “У стручној служби предшколске установе довољни су педагог и психолог као подршка деци са сметњама и поремећајима у развоју и понашању.“

		просек	стандардна девијација	стандардна грешка просека
васпитачи	62	1.94	1.084	.138
стручна служба	12	1.08	.515	.149

	вредност	степен слободе	ниво значајности
Т тест	2.653	72	.010

Резултати Т-теста показују да постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=2.653$, $df=72$, $p=.010$).

V ДИСКУСИЈА

Истраживање је обављено у две предшколске установе на територији града Београда: Предшколска установа Раковица, вртићи: Душко Радовић, Орашчић и Изворчић и Предшколска установа Палилула, вртићи: Полетарац и Мали Принц, током 2010/11. године. Предшколска установа Палилула јесте највећа предшколска установа у Београду, односно у Србији и она покрива вртиће који су распоређени у центру града и на ободу, у периферији. ПУ Раковица представља, по величини, просечну београдску установу на периферији града. У самом процесу истраживања родитељима је подељено 954 упитника, од чега је 300 попуњених враћено са родитељском сагласношћу. Из овога закључујемо да се 1/3, односно 289 родитеља одазвала позиву да учествује у истраживању са комплетним информацијама које захтева планирани емпиријски поступак.

Интересантно би било (у неким каснијим истраживањима) испитати разлоге родитељског слабог одзива у оваквим и сличним околностима. У писменом обраћању родитељима, у којем смо тражили њихову сагласност, били смо ограничени од стране стручне службе, па смо у опису морали да испоштујемо уопштеност и не прикажемо директно чињеницу да ћемо у оквиру истраживања откривати потенцијалне сметње, кашњења код њихове деце. Стручна служба је морала на овај начин да се заштити, јер по Закону предшколска установа нема ингеренције за процењивање детета и давање налаза о кашњењу или сметњама у развоју. Уколико би оваква процедура откривања деце са сметњама, кашњењима заживела, било би неопходно да је и закон подржи. У неком наредном истраживању могли би испитати ову хипотезу и проверити да ли би родитељи били заинтересованији за учешће, када би знали да могу да добију повратну информацију о развојном статусу њиховог детета или би можда, баш из тог разлога, избегли учешће у истом.

Узорак истраживања чине деца узраста од 3 до 7 година. Највише деце је на узрасту од шест година 42.7% (стотинудвадесеттroje деце), затим од четири године 26% (седамдесетпеторо деце), на узрасту од пет година имамо 24.7% (седамдесетједно дете), 2,8% деце узраста 3 године (осморо) и деце на узрасту од 7 година (3,8% - једанаесторо деце) (Табела 1). У оквиру овога можемо сагледати и дистрибуцију заинтересованости, односно евентуалне забринутости родитеља, која се поклапа са досадашњим студијама и потврђеним чињеницама да се забринутост и заинтересованост повећа на узрасту од друге до четврте године, где родитељи показују виши степен забринутости, посебно у пољу говорног развоја и понашања. На узрасту од пет до шест година забринутост благо опада, да би се значајно

поваћала на узрасту од шест до седам година. Родитељска забринутост је најмања у периоду од рођења до друге године (Yeargin и сар., 1992). Оваква дистрибуција резултата то потврђује, с обзиром да су сви упитници подељени равномерно, у свим узрасним групама вртића, у којима је истраживање обављено.

Дистрибуција родитеља, према учешћу у процени деце, је била следећа: највеће учешће су имале мајке (234, што чини 81%), забележили смо 42 упитника који су попунили очеви (14.5%), а најређи случај био је да су родитељи заједно учествовали у попуњавању формулара (4.5%) (Табела 3). У доступним студијама, у којима је извршена стандардизација PEDS-а, дистрибуција учешћа је врло слична, без обзира што се ради о две потпуно демографски и социјално различите популације: мајке су давале податке о деци у 89,2% случаја, очеви у 8,2% и друге особе које брину о детету у 2,6% (истраживање спроведено на 771. детету, узраста од 0 до 7.11 година, Glascoe и сар., 1989).

Дистрибуција узорка деце према полу је равномерна: 53,8% дечака и 46,2% девојчица (статистичка значајност између ове две категорије не постоји: X^2 - тест ($\chi^2 = 1.681$, $p = .195$) (Табела 2).

Даљом анализом узорка сагледавамо стручну службу обе предшколске установе која се састоји од 12 чланова. Од тога 50% чине педагози, 33.3% психолози, 16.7% логопеди (Табела 4). 91.7% стручне службе чине особе женског пола, само један стручњак мушког пола присутан је у овом узорку (Табела 5). Просечни радни стаж стручних сарадника је девет година, минимум радног стажа једна година, максимум 32 године (Табела 6).

Према годишњем извештају Предшколске установе Палилула, стручњак стручне службе, а према подацима о броју деце и структурној организацији кадрова, у свом ангажовању, делатности покрива петстотинашесторо деце (1:506) и четрдесетседам васпитача (1:47). Логопед треба да покрије хиљадушестстотина-осамдесетседморо деце (1:1687).

У нашем узорку имали смо 63 васпитача од којих 61.9% припада предшколској установи Раковица, док је 38.1% из предшколске установе Палилула (Табела 7). Просечно радно искуство васпитача је четрнаест година (минимум радног искуства једна година, максимум тридесет и три године). Од укупно 63 васпитача, 19 њих је попунило БЕК инструмент, којим су описали децу, која се, по њиховом мишљењу, на било који начин издавају из групе деце у којој они обављају своју делатност. Свим васпитачима било је објашњено због чега је важно да попуне БЕК. На основу њега могу приказати дете које се на неки начин издаваја, на тај начин могу омогућити да на систематски начин представе своја

запажања и тако буду конструктивни у давању информација стручној служби, која ће се затим усмереније укључити у процену, праћење и подршку том детету. Мотивисаност васпитача била је разнолика, мишљења смо да би проласком кроз едукацију, која би им указала на присутност деце са потенцијалним сметњама, значај ранијег откривања и праве подршке тој деци, као и важности улоге васпитача у том процесу, повећало интересовање. 73.68% васпитача који су попунили БЕК има завршену вишу школу, 26.32% има завршен факултет (Табела 9).

МОГУЋНОСТИ ВАСПИТАЧА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ

Приказ постојеће праксе у ПУ по питању идентификације развојног статуса деце можемо приказати кроз резултате добијене у делу истраживања који показује сарадњу између васпитача и стручне службе. На тврдњу „У групи деце са којом радим уочавам децу која се разликују од друге деце у понашању, неким активностима, причи и сл“, позитивно одговара, у различитом степену слагања, 77.4% васпитача, неодлучних је 15.5% и јако низак проценат оних који се не слажу 6.9% (Табела 11). У овом слагању можемо сагледати да васпитачи заиста уочавају децу која показују различитост. Шта се, међутим, касније догоди са том децом можемо видети кроз два показатеља: да ли су их упутили неке на праћење, да ли постоје инструменти којима би могли то да испрате, дефинишу, опишу.

БЕК тест је попуњавало 19 васпитачица из четири вртића. Попуњено је 33 протокола, за исто толико деце: 45.5% из „Малог Принца“, 24.2% из „Душко Радовић“, из вртића „Полетарац“ 21.2%, а 9.1% из „Орашчић“. 66,7% деце је из вртића са општине Палилула, а 33.3% деце из вртића са општине Раковица.

65.5% деце овог узорка чине дечаци, 34.4% девојчице. За једно дете узорка није дата информација о полу, име и презиме написани су иницијалима. У самој дистрибуцији према полу увиђамо више присутне дечаке.

Детаљном анализом упросечених резултата, васпитачи су на следећи начин приказали, идентификовали тешкоће код 33. деце, за коју су се определили да их опишу кроз БЕК тест. Резултати су поређани од најчесталијих тешкоћа, према најмање учесталим. Наиме, деца највише тешкоћа показују, према виђењу васпитача, кроз БЕК тест, у когнитивној свери развоја, а по питању богатства идеја и креативности - „Готово да нема идеја, слабо је

креативан у игри или цртању“ (60% деце) и то јако изражено код 30% деце, благо изражено код 30% и неупадљиво код 40% деце (Табела 27). Затим следи јако изражена стидљивост у оквиру социо-емоционалног развоја, која се као сметња изражава у опису „Мирно и плашљиво дете, увек говори тихо, мало верује у себе, не учествује у заједничким играма, не прихвата одређене улоге у игри са поделом улога“. Ову врсту сметњи показује 53.3% деце и то: јако изражено код 23.3% деце, благо изражено код 30% и неупадљиво код 43.3% деце (Табела 36). На истом нивоу израженост тешкоћа наилазимо у области пажње и концентрације деце: „Често мења предмет игре, лако му се може одвратити пажња, врло му је тешко да сачека, поступа без размишљања“, код 53.3% деце и то: јако изражена код 30% деце, благо изражена код 23.3% и неупадљива код 46.7% деце (Табела 41). У области фине моторике 51.7% деце „Има проблема при вођењу и држању оловке или при сечењу, при низању перли, при закопчавању или откопчавању, при оцртавању облика“ и то: јако изражено код 13.8% деце, благо изражено код 37.9% и неупадљиво код 48.3% деце (Табела 33).

Моторички немир изражава, према запажањима васпитача, 48.3% деце. Понашање „Не може да седи мирно, копрца се, стално је у покрету, стално скаче“ јако је изражено код 27.6% деце, благо изражено код 20.7% и неупадљиво код 51.7% деце (Табела 40). Затим, код 48.2% деце, у области развоја говора, постоје тешкоће у стварању гласова. Тврдња „Погрешно изговара гласове или гласовне везе, изоставља их или замењује другим“, јако је изражена код 10.3% деце, благо изражена код 37.9% и неупадљива код 51.7% деце (Табела 15). У оквиру поимања/ логичког размишљања 46.7% деце „Има тешкоће или му је потребно дуго времена да разуме смисао или контекст, нпр. правила игре“ и то: јако изражено код 16.7% деце, благо изражено код 30% и неупадљиво код 53.3% деце (Табела 26). „Тешко разуме појмове, упутства, захтеве. Показује уопште слабо интересовање за језик“ показује 46.6% деце и то: изражено код 33.3% деце, јако изражено код 13.3% деце, благо изражено код 20% и неупадљиво код 66.7% деце (Табела 22). Језик није примерен узрасту у смислу да „Не говори примерено узрасту, нпр. говори као беба, има оскудан речник, не може доживљаје да исприча примерено узрасту“ код 44.8% деце и то: јако изражено код 17.2% деце, благо изражено код 27.6% и неупадљиво код 55.2% деце (Табела 21).

Запажање, оријентација, визуелна област јесте следећа инстанца у којој, према васпитачима, деца показују, у просеку, највише тешкоћа. „Врло тешко се сналази у просторијама, не може да разликује „горе-доле“, „лево –десно“ је тешкоћа присутна код

43.4% деце и то: јако изражено код 6.7% деце, благо изражено код 36.7% и неупадљиво код 56.7% деце (Табела 28). Способност опажања-памћења кроз запажање „Има проблеме при памћењу песама, игара са меморијом“ присутна је код 41.4% деце и то: јако изражено код 13.8% деце, благо изражено код 27.6% и неупадљиво код 58.6 % деце (Табела 25). Понашање, агресију у групи, кроз запажање „Свађа се са другом децом, туче, уједа, гребе другу децу, уништава играчке“ показује 41.4% деце и то: јако изражено код 13.8% деце, благо изражено код 27.6% и неупадљиво код 58.6% деце (Табела 34).

У опису тока речи, комуникације, на тврдњу „Говори јако брзо, ужурбано, гута слова и речи, говори врло неразговорно“ васпитачи износе податак да 40% деце има тешкоћу која је јако изражена код 13.3% деце, благо изражена код 26.7% и неупадљива код 60% деце (Табела 20). У опису „Говори кроз нос, има храпав глас, дише неупадљиво“, 39.3% деце има тешкоћу, у оквиру којих је јако изражена код 3.6% деце, благо изражена код 35.7% и неупадљива код 60.7% деце (Табела 17). У опису „Изврће реченице, изоставља речи, брка јединину, множину или чланове, ствара погрешне завршетке или погрешан род код врло јасних речи“ 39.3% деце испољава тешкоће, од којих је јако изражена код 14.3% деце, благо изражена код 25% и неупадљива код 60.7% деце (Табела 16).

Понашање у коме „Не прави разлику између поверљивих и непознатих особа, стално тражи пажњу и физичку близину не уважавајући границе других“, присутно је у различитом степену код 37.9% деце и то: јако изражено код 6.9% деце, благо изражено код 31% и неупадљиво код 62.1% деце (Табела 37). Понашање „Узнемирено је и плашљиво и код најмањег повода, брзо се расплаче, дуго плаче, реагује врло осетљиво на критику, дуго се осећа увређеним“ присутно је код 37.9% деце и то: јако изражено код 13.8% деце, благо изражено код 24.1% и неупадљиво код 62.1% деце (Табела 39).

У оквиру когниције, тврдња „Има проблеме при разврставању или разликовању количина, боја, облика“, позитивна је код 37.9% деце и то: јако изражено код 13.8% деце, благо изражено код 24.1% и неупадљиво код 62.1% деце (Табела 24). Проблем у комуникацији, кроз опис „Одбија да говори, иако зна“ показује 36.6% деце и то: јако изражен код 13.3% деце, благо изражен код 23.3% и неупадљив код 63.3% деце (Табела 18).

Положај деце у групи оцењен од стране васпитача говори да 33,3% деце има тешкоћу коју описују са „Друга деца га често одбијају, има мало контаката у групи, често се игра сам, није омиљен код деце, готово да нема друга“ и то: јако изражену код 20% деце, благо изражену код 13.3% и неупадљиву код 66.7% деце (Табела 44).

У погледу моторике, коришћења снаге, тешкоћу описану као „Не може да управља својом снагом ни да је контролисано користи при извођењу гимнастике“ испољава 31% деце и то: јако изражена код 10.3% деце, благо изражена код 20.7% и неупадљива код 69% деце (Табела 32). У подручју грубе моторике, тешкоћу описану као „Има проблема при трчању, балансирању или скакању, често се спотиче, степеништем хода повлачећи једну ногу уз другу, има тешкоће при имитирању или при извођењу покрета по упутству“, испољава 27.5% деце и то: јако изражену код 10.3% деце, благо изражену код 17.2% и неупадљиву код 72.4% деце (Табела 31).

Агресију при контакту са васпитачицом - „Понаша се провокативно, изазивачки и дрско, не прихвата ограничења, псује и виче при забранама, игнорише упутства и забране“ показује 27.5% деце и то: јако изражено код 10.3% деце, благо изражено код 17.2% и неупадљиво код 72.4% деце (Табела 35). Страх од близине, кроз опис да „Избегава близину и присније контакте, чак и са поверљивим особама, реагује на физичке контакте са страхом и одбојношћу“ показује 26.7% и то: јако изражен код 10% деце, благо изражен код 16.7% и неупадљив код 73.3% деце (Табела 38). У области самосталности, васпитачи су утврдили проблем „Не може да се сам обуче и скине или опере, не може сам да једе, не може да иде у тоалет“ благо изражен код 20.7% и неупадљив код 58.6% деце (Табела 43).

У аудитивној области „Има проблема при распознавању звукова или гласова или при налажењу извора звукова“ 20.6% деце и то: јако изражено код 3.4% деце, благо изражено код 17.2% и неупадљиво код 79.3% деце (Табела 29). У области говора, стварања гласова, муцање детета као тешкоћу васпитачи истичу код 17.2% деце и то: јако изражено код 6.9% деце, благо изражено код 10.3% и неупадљиво код 82.8% деце (Табела 19). У оквиру логомоторичких способности „Не може да пије помоћу сламчице, не може да прави балончиће од сапунице, има обилно лучење пљувачке“ 13.3% деце и то у благо израженом степену, код 86.7% деце је неупадљиво присутно (Табела 23).

У тактилно-кинестетској области „Има тешкоће при додиривању или осећају предмета или при разликовању хладног и топлог, хрпавог или глатког, готово да не реагује на болне надражаје“, благо изражене присутне су код 6.9% и неупадљиве код 93.1% деце (Табела 30).

Упишки се повремено 8.3% деце, ретко 12.5%, а никада 79.2% деце (Табела 45). Укаки се често 4.2%, повремено 4.2% деце, ретко 4.2%, никада 87.5% деце (Табела 46). Грицка нокте често 8.3% деце, повремено 4.2%, ретко 12.5%, а никада 75% деце (Табела 47).

Од терапија на коју дете иде (Терапија-поспешивање-саветовање), према сазнању васпитача, само 6.0% деце иде код логопеда, а 93.9% не иде на терапије (Табела 53).

Васпитачи су такође оценили самосталност у храњењу, приликом чега је 87.9% деце самостално, до скоро је храњено 3.0%, јако споро и слабо једе 3.0% деце, много споро једе 3.0%, омета другу децу док једе 3.0% деце (Табела 49). У области Здравља и физичког стања деце, телесне недостатке васпитачи уочавају код троје деце: хемипарезу код једног детета, деформацију колена (х ноге) код једног детета, а једно дете вуче једну ногу, односно има гетав ход. 90.9% деце је без видљивих телесних недостатака (Табела 50). Процењујући породична и психосоцијална оптерећења, кроз запуштеност или занемаривање детета, васпитачи уочавају једно дете које има нередован сан, једно дете које живи у условима развода и једно дете за које тврде „дозвољено му је све“ (Табела 51). Социјалне категорије које примећују васпитачи јесу: колективни смештај (једно дете), пресељење (једно дете), скучене стамбене прилике, сиромаштво (једно дете) (Табела 52).

У процесу истраживања од укупног узорка тестираног PEDS-ом и PEDS DM-ом 20 деце (6.9%) је идентификовано од стране васпитача уз помоћ БЕК-а (Табела 54). За децу коју су васпитачи идентификовали, а део су нашег укупног узорка, могли смо извршити поређења процентуалних постигнућа у различитим доменима и поређење према томе да ли су деца идентификована од стране васпитача или нису. На основу тога можемо утврдити значајност у оквиру којих домена развоја ће васпитачи издвојити децу као другачију, а на основу процентуалних кашњења у истој. Independent Samples Test и Levene's Test for Equality of Variances утврдили смо да постоји статистичка значајност у доменима „Самопомоћ“ (.004) и „Рецептивни говор“ (.041). Увођењем нове варијабле у оквиру које смо израчунали средњу вредност постигнућа рецептивног и експресивног говора и обрадили је Т тестом (Independent Samples Test) добили смо маргиналну статистичку значајност (.078). (Табела 55). Ово нам говори о томе да су васпитачи издвојили децу која имају тешкоће у самопомоћи/самозбрињавању и у домену рецептивног говора (односно разумевања налога и послушности), што и јесте разумљиво, јер у тој области најреалније могу да увиде „различитост“ детета које није „довољно самостално“ или „не слуша“, „не разуме“ шта му се говори.

МОГУЋНОСТИ РОДИТЕЉА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ТЕШКОЋА ДЕЦЕ

На узрасту деце преко шест година 69.4% родитеља изражава генералну забринутост за своје дете, 30.6% није забринuto (Табела 56). На целом узорку уочавамо да забринутости има код 29,8% родитеља, 70.2% родитеља није забринuto (Табела 57).

Забринутост родитеља према доменима развоја, без инструмента, описана је квалитативном анализом одговора тј. коментара родитеља. У оквиру описа забринутости родитеља, коју смо кодирали према доменима развоја, уочавамо да је 44 (15.3%) родитеља, од укупно 289, изразило забринутост која се може дефинисати код 32 (11.07%) родитеља у оквиру забринутости за понашање детета, 10 (3.47%) родитеља је забринuto за однос са другима, а по један родитељ изражава забринутост у области fine и грубе моторичке способности (0.35%) (Табела 58). На основу ових резултата можемо сагледати да генерална забринутост родитеља јесте присутна у степену који показују и стандардизовани и валидирани тестови, али структура и артикулација забринутости недостаје, без конкретног усмеравања путем теста. Анализа забринутости од изузетне је важности, а родитељи нашег узорка су је изражавали на следећи начин:

- *„Како да каналишем његову велику енергију? Спорт - који? Нека друга активност - која? Плаши ме то што би можда ми родитељи требало још више садржаја и знања да му понудимо, а не знам тачно како?*
- *Плаши се галаме, јаких звукова, јаке музике.*
- *Једини проблем који имамо је спавање, тј. спавање у соби без присуства родитеља.*
- *Такорећи ништа, осим беспотребне стидљивости, која временом нестане..*
- *Једино то што се нервира, ако се нешто не заврши онако како је он то замислио.*
- *Не умећ да га научим да спава у својој соби. Спавао је док се ћерка није родила. Од онда смо сви на окупу у истој соби.*
- *Мало ме брине употреба леве руке и мешања десна-лева, па због тога слабије писање.*
- *Осетљив, плачљив.*

- Више ме забрињава околина у којој моје дете одраста.
- Уколико ми као родитељи повисимо тон, у смислу да нешто уради, да купи играчке или сл. - он бојкотије, а ако му се на фин начин каже - он уради - стално нешто контрифа. Уколико треба да се извуче из неповољне ситуације, хоће и да слаже и да окриви старијег брата (код куће).
- Највише интровертност, деконцентрисаност и непостојање иницијативе за акцију.
- Показује извесну дозу хиперактивности (јако мало).
- Има обичај да увек "одговори", да се увек и он чује, одговара на сваку критику, коментарише.
- Слаба концентрација, велика жеља за играм која га одвлачи од обавезе учења било чега. Избегавање учења.
- Како добије сугестије неће да се поправи
- Не слаже се са братом близанцем.
- Његов карактер се огледа у испољавању ината, па чак и на своју штету.
- Често га не држи пажња када се од њега захтева да нешто ради.
- Поводљив је јако и није кваран што је у овом друштву лоше! II много воли децу! Тако да често због тога испашта!
- У ситуацији када га неко дете удари или повреди, не зна како да одреагује, стане и гледа у мене. Не зна да се брани.
- Забрињава нас опште стање у друштву, школи и његова будућа искушења и начин на који ће се снаћи у перспективи и како ће реаговати ...
- После 10-так минута или после неколико понављања неких функција/игра, учење, разонода/ буде му досадно и тражи нову активност.
- Уколико га нешто не интересује неће ни да покуша да уради.
- Уколико нешто погреши при писању, цртању или у одговорима на питања прва реакција је љутња, одустајање, жели да све уради без грешке.

- *Највише ме брине како ће се моје дете уклапати у колектив вршњака (социјализација). Имао је мало искуства (једино дете у породици, нема рођаке децу, нема деце у најближем комшилуку, био је у мешовитој групи у вртићу и није се добро уклопио - има лоша искуства). Бојажљив је по природи.*
- *Превише је "мекан", па га понекад деца која су "оштрија" или безобразна - малтретирају - ударе га...*
- *Понекад се упишки у кревет у току ноћи.*
- *Веома слаб апетит, споро једе, "гњави". Тренутно је у фази "себичности", не воли да позајмљује другарима играчке ни на један минут. Онда плаче, драми, а често зна и да удари - одгурне друго дете, ако тражи њену играчку.*
- *Ништа, осим те привржености, за коју сматрам да је нормална у њеним годинама и то што се понекад инати и плакањем хоће да истера своје.*
- *Страх од мрака и неспремност да увече иде сама на спавање (преко дана тај проблем не постоји)*
- *Дете је здраво и паметно, али ме брине друштво у коме одраста и погрешне вредности које се намећу.*
- *Почела је да говори неке ружне речи и то ме веома брине.*
- *Не прихватање исправке у начину говора, понашања, често имитирање понашања другара. Ако неко из друштва не једе неку врсту поврћа ни она неће јести.*
- *Забрињава ме како ће на развој мог детета утицати то што одраста уз раздвојене родитеље, проводећи део времена код тате, па затим део времена код маме, који не живе заједно више од три године.*
- *Несигурност, плашљивост.*
- *Она је међу најмлађима у групи. Плашим се да је не "згазе". Не физички.*
- *Неки пут неће да слуша, али у принципу ништа посебно.*
- *Како одгојити самосвесно и самоуверено дете? Мислим да имамо проблем око самоуверености!*

- *Не свиђа ми се што плачем покушава да добије што жели и што понекад покушава да буде у центру пажње по сваку цену, али с обзиром да је 4-то дете у породици можда је то и "нормално", тј. прихватљиво донекле*
- *То што се обично свађа са другом децом приликом решавања разних проблема, али учимо полако да се проблеми решавају разговором, мирно...*
- *Чачкање носа.*
- *По мало запуштена у васпитању.*
- *Полазак у школу, нисам сигурна да је емотивно спремна*
- *Миљеница у друштву, добро се слаже са другарима, забринуте због односа према брату, конкуренција.*
- *Грицка нокте.*
- *Плашим је да је неуспех наведе на стрампутицу.*
- *Размишља о смрти.*
- *Претерана стидљивост.*
- *Моје дете има изразито равне табане.*
- *Оно на чему би требало порадило код Дуње је наступ пред непознатима. Мислим да има трему или је то стидљивост пред непознатима.*
- *Преосетљивост и здравствена и емотивна. “*

Интересантно је овде размотрити како родитељи долазе у ситуацију забринутости? Анализом постојеће литературе Altemeier, MacLeanom, Glascoe (1989) дошли смо до податка да 67% родитеља упоређује своју децу са вршњацима и одакле бива забринута, уколико је њихово дете неуспешно у неком пољу, у односу на вршњаке. На основу искуства и опажања забринута је 45% родитеља, са стручњацима разговара 36%, из литературе или едукација за родитеље о развоју деце као забринута постане 44%.

Hickson, Altemeier, O Connor (1983) дошли су до закључака да 70% родитеља у педијатријским чекаоницама има немедицинске забринутости, као што су презапосленост родитеља и утицај тога на добробит детета (35%), социјалне тешкоће (8-13%), објашњавање недавног смртог случаја у околини детета (10%), дисциплина (24%), забринутост због учења и развоја (6%). И поред присутног великог процента забринутости, само 28% родитеља имало је намеру да своје забринутости подели са лекаром или о њима продискутује. Они који то нису желели као разлог су наводили: педијатар нема знања о томе да би им помогао (39%), педијатар је презаузет (16%), није оспособљен за то или не жели да пружи ту врсту помоћи, непријатно им је било да расправљају о том проблему (8%).

Hickson са својим сарадницима у једној ранијој студији, дошао је и до значајног податка који говори да је 14% родитеља било забринуто у вези са дететовим учењем и когнитивним развојем, што блиско одговара преваленци деце са развојним проблемима у укупној популацији. Ово запажање је и покренуло прва истраживања на тему повезаности родитељских забринутости и стварног развојног статуса детета (Glascoe, Altermeier, MacLean, 1989).

У нашем истраживању, применом PEDS теста имали смо следећу дистрибуцију родитељских забринутости, представљену од најучесталије до најмање учесталих:

- Забринутости родитеља за понашање детета. Од укупно 289 родитеља, 200 (69.2%) одговорило је негативно тј. „Не изражава никакву забринутост везано за понашање своје деце“. Забринутост изражава 89 родитеља (30.8%) и то потпуну забринутост у виду „Да“ 85 родитеља (29.4%) и „Мало“ 3 родитеља (1.4%) (Табела 62).
- Забринутости родитеља за говор детета. Од укупно 289 родитеља који су комплетно одговорили, 76 родитеља, односно 26.3% има неку забринутост у области развоја говора и то 24.2% (70 родитеља) изјашњава се „да“, а само 2,1 % (6 родитеља) је у категорији мало забринут. Највећи број родитеља 73.7% (213 родитеља) нема забринутости у овој области развоја деце (Табела 59).
- Забринутости родитеља за слагање детета са другима. 218 родитеља (78.9%) одговорило је негативно тј. не изражава никакву забринутост везану за то како се његово дете слаже са другима. Забринутост изражава 61 родитељ (21.1%) и то потпуну забринутост 60 родитеља (20.8%) и малу забринутост један родитељ (0.3%) (Табела 63).

- Забринутости родитеља за фину моторику детета. Од укупно 289 родитеља који су дали потпун одговор на ово питање, 280 (96.9%) одговорило је негативно, тј. „Не изражава никакву забринутост везану за развој фине моторике, односно коришћење шаке и прстију код своје деце“. Само 9 родитеља (3.1%) изражава забринутост у два нивоа и то потпуну у виду „Да“ 6 родитеља (2.1%) и „Мало“ 3 родитеља (1.0%) (Табела 60).
- Забринутости родитеља за грубу моторику детета. Од укупно 289 родитеља који су дали потпун одговор на ово питање, 282 (97.6%) одговорило је негативно, тј. „Не изражава никакву забринутост везану за развој грубе моторике, односно коришћење руку и ногу код своје деце“. Само 7 родитеља (2.4%) изражава забринутост у два нивоа и то потпуну у виду „Да“ 5 родитеља (1.7%) и „Мало“ 2 родитеља (0.7%) (Табела 61).

Постоји одређени број родитеља који не изражавају забринутости, а деца показују развојна кашњења, тешкоће. Од двадесеторо деце коју су васпитачи идентификовали БЕК-ом, за 13 деце родитељи не изражавају генералну забринутост, а за седморо деце је изражавају (Табела 64). Родитељи 20 деце, у нашем истраживању, коју су васпитачи издвојили као децу која се другачије понашају, приликом боравка у васпитно образовном програму и за њих попунили БЕК, изражавају забринутост за само седморо деце и то у следећој структури: највише забринутости показују за понашање деце (седам родитеља), затим за слагање деце са другима (пет родитеља), за говор деце (четири родитеља), за фину моторику деце (троје родитеља) и најмање за грубу моторику (један родитељ). Када поредимо ове резултате уочавамо значајну разлику у перцепцији васпитача (кроз БЕК тест) и родитеља кроз забринутост на основу PEDS-а. Седам родитеља изражава забринутост у домену понашања деце, а васпитачи учесталост тешкоћа у овом домену виде код 11 деце, пет родитеља је забринато за однос деце са другима, а васпитачи увиђају проблем у овој свери код 11 деце, само троје родитеља је забринато за фину моторику код деце, а васпитачи увиђају да 10 деце има тешкоће у овом домену. Најубедљивија разлика, међутим, огледа се у перцепцији грубе моторичке способности, где само један родитељ изражава забринутост, а васпитачи издвајају да седморо деце показује сметње у овом домену.

У истраживањима Glascoe (1988) у просеку 20 до 35% родитеља није изразило забринутости, иако је утврђено да њихова деца имају развојне проблеме. Аутор наводи могуће одговоре и хипотезе ових показатеља попут тих да родитељи нису довољно писмени и не

могу због комуникацијских проблема да изразе забринутост, родитељи све поверавају педијатру, односно верују да ће он приметити ако се нешто дешава и треће, да се међу овим родитељима налази одређени број оних који не пружају директну бригу детету (млади, малолетни родитељи, презапослени родитељи...) односно проводе минимално време са дететом. Овај проценат родитеља је релативно мали и ми немамо праве статистичке показатеље који би нам пружили јасан и сигуран одговор на то зашто поједини родитељи не изражавају забринутости. Можда је потребно њихово охрабривање, стицање поверења, лонгитудинално коришћење PEDS-а, како би временом схватили значајност укључивања и сарадње.

Резултати нашег истраживања показују да је васпитач у ситуацији да сагледа тешкоће детета у васпитно образовном процесу и онда када родитељ не изражава забринутост. Васпитач у тој ситуацији може бити покретач детаљније процене и адекватне подршке овом детету. У процедури раног откривања, васпитач треба да буде један од главних актера, поред родитеља и стручне службе и треба га схватити као озбиљан ресурс у овом процесу. С друге стране, ми овде морамо размотрити и чињеницу да је извештај број родитеља изразио забринутост, а да васпитачи ту децу нису описали ни приметили као децу која се издвајају. Постоје различита могућа објашњења и хипотезе за овакав аргумент. И у доброј процедури ране идентификације деце, стручна служба мора да одреагује и на забринутост родитеља и на сигнал васпитача, јер за свакога постоје разлози и објашњење зашто није перципирао проблем, а ти разлози не би требало да угрозе децу којој је подршка неопходна. Забринутост родитеља профилисана кроз PEDS већ намеће одређену процедуру, по којој ће дете бити праћено и додатно испитано, а на БЕК попуњен од стране васпитача морамо одговорити са озбиљношћу уз додатну процену и сходно томе, адекватно осмишљену подршку.

Dworkin i Levine (1979) су анализом родитељске забринутости дошли до закључка да забринутост у вези са понашањем често указује на кашњења у развојним подручјима, а не директно на проблем у понашању. Glascoe (1998) такође подвлачи исту тврдњу, наводећи резултате истраживања које је извршила у пет центара за социјални рад, код деце која су имала коефицијент интелигенције мањи од 79. Родитељи ове деце имали су забринутости, али не из области академских вештина, спорог учења или слично, већ због понашања или говорно језичког развоја, 83% деце која су глобално каснила у развоју, могло се идентификовати на основу забринутости због понашања или језичког изражавања. Како ово објаснити? Иста ауторка наводи да родитељи не траже узрок лошег понашања (на пример, да

дете нема когнитивни капацитет да обради задати налог, па онда делује као непослушно или има проблем са слухом и не разуме шта му се говори). У нашем истраживању према васпитачким запажањима, кроз БЕК, 60% деце која се васпитачима приказују као другачија има проблем у когницији, богатству идеја, креативности, разврставању и слично. Овај податак потврђује претходну анализу да родитељи то могу сагледати кроз понашање, а стручњаци испод тога могу сагледати разлог таквог понашања. Сви ови аргументи, поткрепљени истраживањима, говоре у прилог томе да треба озбиљно схватити родитељску забринутост, као и то да треба шире сагледати подручје у оквиру кога постоји забринутост.

Процедура праћења и интервенције на основу PEDS –а

Родитељи су према PEDS тесту, у нашем истраживању, на узорку од 289 деце, у највећем степену изразили своју забринутост у области: Понашања 30.8% (Табела 62), Говора 26.3% (Табела 59) и Односа са другима 21.1% (Табела 63), најмање су забринуте у области развоја фине 3.1% (Табела 60) и грубе 2.4% моторике (Табела 61).

Упућивања деце према утврђеним путевима PEDS-а, на основу евалуације родитељске забринутости у нашем истраживању говори нам да пут Е (нема значајне забринутости) треба да прати 44.6% деце укупног узорка. Пут А (више предиктивних забринутости) треба да прати 1.7% деце (петоро деце). Пут Б (једна предиктивна забринутост) 27.7%, а пут Ц (једна или више не предиктивних забринутости) 26% деце узорка. Укупно, 55.4% деце треба да следи одређену процедуру у процесу ране интервенције (Табела 70).

У даљем тексту детаљно ћемо образложити путеве које за одређени број деце треба следити према процедури PEDS-а.

Пут А – подразумева присуство две или више предиктивне забринутости. Ове забринутости односе се, према узрачном нивоу, на развојне домене: брига о себи (самопомоћ), социјалне и академске вештине, способности језичког изражавања (експресивни говор) и језичког разумевања (рецептивни говор). Према наводима теста, ова деца имају висок ризик да имају проблеме (20 пута више од деце чији родитељи не изражавају забринутост). 50% су деца са инвалидитетом или значајним кашњењем у развоју, док додатних 20% постиже резултате који су испод просека у доменима развоја пресудним за успех у школи (језик, интелигенција, академске способности). Ову децу треба хитно упутити у програм ране интервенције и

развојно дијагностичка тестирања. PEDS формулар за интерпретацију резултата предлаже врсте упућивања које су од највеће помоћи: аудиолошко тестирање, логопедско тестирање, тестирање специјалног едукатора, психолога, интелектуално и образовно процењивање и доношење одлуке да ли породицу треба упутити у центар за социјални рад или саветовалишта за ментално здравље, на окупациону/физикалну терапију и сл...

Код деце код које се у оквиру поменуте процедуре испитивања не утврди постојање инвалидности и даље постоји вероватноћа да ће имати учинак нижи од просечног. Потребно је осмислити Програме за логопедски третман, рану стимулацију (као што су `head start` или дневна нега) и друге врсте услуга. Очекивања за праћење пута А јесу 1 од 10 корисника (деце, пацијената).

У оквиру подршке за децу која показују граничне резултате и знатно заостају за својим вршњацима, али ипак према закону не спадају у групу деце са поремећајима (у САД), којима је обезбеђена помоћ специјалне едукације, саветује се да иду на летње школе и стимулативне третмане. Примерено за њих је и похађање вртића, школе, али не уз обнављање разреда, из године у годину јер тада губе самопоуздање и углавном напуштају школу. Потребно је осмислити програме који ће подстаћи јаке стране ове деце, учинити им да се изграде у спорту, музици, у доменима у оквиру којих имају виши степен способности (Glascoe, 1998).

Пут Б - подразумева присуство једне значајне забринутости. Ова деца имају умерен ризик за озбиљне тешкоће (8 пута више од деце чији родитељи нису навели овакву врсту забринутости). 30 % има поремећаје/инвалидитет. Додатна испитивања (нпр. PEDS DM) су неопходна, како би одредили коју децу треба даље упутити, а коју не. Уколико дете покаже задовољавајуће резултате на PEDS DM-у, треба родитељима пружити подршку, едукацију, савете и инструкције за подстицај развоја у области забринутости и дете даље будно и брижно пратити. Овакво дете можда има инвалидност у настајању или ниска просечна постигнућа у оквиру интелигенције, говора и језика, школских вештина. Уколико дете није постигло задовољавајуће резултате на PEDS DM инструменту, потребно је упутити га на додатне процене и испитивања, код референтних стручњака. Када забринутост родитеља за здравље детета расте, испитивање треба фокусирати на здравствена и перцептивна питања, а иначе на развојну процену. Очекивање за праћење пута Б јесте два на сваких 10 пацијената, односно на сваких 10 родитеља имаћемо двоје родитеља, који су показали значајан предиктор проблема.

Пут Ц подразумева присуство једне или више непредиктивних забринутости („незначајних предвидљивости“). Ова деца имају врло низак ризик од развојних сметњи (1.3 пута већи ризик у односу на децу, чији родитељи немају забринутости). Само 5% ове деце има развојне тешкоће, а готово 25% њих има емоционалне тешкоће и проблематично понашање. Учесталост је већа код деце старости 4 године и више. Најбољи одговор у овом случају јесте прво саветовање родитеља у вези брига које имају (већина их је везана за понашање детета) и блиско праћење њиховог напретка. Уколико је овакво саветовање безуспешно (саветује се провера напретка након неколико недеља), професионалци могу додатно испитати ментално здравље детета и оно дете које не задовољи захтеве упутити у службе за ментално здравље (породично саветовање, дечији психијатар или психолог, центар за социјални рад, завод за ментално здравље...). Када дете задовољавајуће прође бихејвиорално и емоционално испитивање, препоручују се неки мање интензивни сервиси, као што су тренинг родитељства или програми интервенције на понашање. Очекивања да ће пратити пут Ц јесте двоје од десеторо деце.

Када родитељи имају већи број забринутости које нису предикторне, а дете не покаже развојне проблеме, ове забринутости могу указати на нарушеност породичних односа, сукоба између родитеља, проблема са дисциплином деце. У овом случају потребно је пружити подршку у виду кратких савета, амбулантног саветовања, писмених упутстава. Уколико се проблеми наставе, препорука је да се изврши процена понашања и емоционалног статуса детета.

Пут Е означава да нема забринутости, брига и да родитељи немају проблема у комуникацији. Ова деца су под ниском ризиком и само 5% касније покаже заостајање или тешкоћу у развоју. Ова група захтева уверавања и рутинско праћење поновним коришћењем PEDS-а на следећем прегледу (годишњи систематски преглед, посете саветовалишту због вакцинације и редовних контрола) или најављени контроли прегледи (у случају када породица не посећује саветовалишта, одсеке за праћење развоја деце). Очекивања да ће пратити пут Е јесу петоро од десеторо деце.

Родитељска забринутост према PEDS-у јесте 30.01%, а проценат деце која према утврђеним путевима, након анализе забринутости родитеља, треба да иду у даљу процедуру (јер према стандарду теста забринутост родитеља у тим доменима, а на том узрасту носи различит проценат доказане предикције кашњења/сметњи/поремећаја) износи 29.4%. У поређењу ових налаза са процентуалном забринутости родитеља закључујемо да је врло

близак проценат генералне забринутости 30.1% и предиктивних забринутости 29.4% (предиктивна забринутост на основу анализе одговора родитеља, забринутост на PEDSу када саберемо проценат деце који треба да прате путеве А и Б). Можемо закључити да је родитељска забринутост незаобилазни, важан елемент у процесу ране идентификације деце са кашњењима, сметњама у развоју.

Наше истраживање показује врло сличне резултате добијене PEDS тестом у САД, на највећем узорку до сада (истраживање спроведено на 771 детету, узраста од 0 до 7.11 година), у оквиру кога је урађена и валидација деце кроз дијагностичка тестирања деце која су показала објективну оправданост забринутости. 43% деце ове студије има родитеље који немају никакву забринутост за дете (код нас овај проценат износи 44.6%), кроз валидацију оваквих резултата у даљем истраживању, у оквиру ове деце, свега 5% деце има неоткривене поремећаје. За њих је неопходно праћење и рутински надзор који треба на неки начин формализовати и одредити у оквиру система бриге о детету. 11% деце има родитеље са већим бројем значајних забринутости, код нас је овај проценат знатно мањи и износи 1.7%. Међу овом децом, на основу истраживања утврђено је да 70% њих има неоткривене поремећаје, језичке и интелектуалне способности испод просека и сходно томе лошији школски успех. Према стандардима, које подржава PEDS, свако дете из ове групе треба упутити обавезно на даљу стручну процену. Деца некада буду упућена на подршку од стране специјалног едукатора, док је другој неопходна подршка у виду додатне помоћи у образовању типа „приватне инструкције, летње школе“ и сл. (специјално образовање им није потребно). Даље, у овој студији 23% деце има родитеље који имају једну значајну забринутост, а у нашем истраживању једну предиктивну забринутост има 27.7%. У оквиру овог броја откривамо, путем истраживања, да 29% деце има неоткривене поремећаје. У овом случају морамо извршити додатну процену и децу упутити у даљу процедуру. Остала деце из ове групе јесу она која постижу слаб успех и чији је развој неопходно стимулисати и пажљиво пратити. 20% деце америчке студије има родитеље чије забринутости нису значајне и углавном се односе на понашање детета док се код нас тај проценат односи на 26% деце. У оквиру овог броја свега 7% деце има неоткривене поремећаје. У овом случају неопходно је стрпљиво подучавање и саветовање родитеља (Glascoe, 1998).

У нашем истраживању је откривен нешто виши проценат родитеља са једном предиктивном забринутосћу, а значајно мањи број оних са више предиктивних забринутости, када поредимо ове две студије. Када саберемо предиктивне забринутости

упоредне студије налазимо 34% са једном или више предиктивних забринутости, док код нас имамо 29.4% родитеља са једном или више предиктивних забринутости.

У овом истраживању испитали смо повезаност генералне забринутости и исказане забринутости у погледу свих домена развоја појединачно. Највећу статистичку значајност уочавамо анализом резултата на основу χ^2 (Pearson Chi-Square) теста који указује да постоји значајно, висока повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу понашања ($\chi^2=17.861$, $df= 2$, $p=.000$). У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.246 (Табела 74). У истом нивоу значајности јесте повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу слагања са другима ($\chi^2=22.571$, $df= 2$, $p=.000$). У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.272 (Табела 75). Маргинално значајна повезаност постоји код генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу фине моторике ($\chi^2=5.902$, $df= 2$, $p=.052$). У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.142 (Табела 72). Такође маргиналну статистичку значајност налазимо анализом резултата повезаности генералне забринутости родитеља (без инструмента) и исказане забринутости у погледу говорне продукције на PEDS –у. χ^2 тест указује на то да постоји маргинално значајна повезаност ($\chi^2=5.858$, $df= 2$, $p=.053$). У терминима Kendall's tau коефицијента она износи 0.135 (Табела 71). Значајну повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу грубе моторике нисмо нашли, ниво значајности је низак ($\chi^2=.622$, $df= 2$, $p=.733$). Повезаност је такође ниска и у терминима Kendall's tau коефицијента и износи 0.44 (Табела 73). Овом анализом показали смо у каквом су односу повезаности опште генералне забринутости родитеља са забринутостима које су касније показали према доменима развоја на PEDS тесту. Високу везу уочавамо по питању тога да родитељи своју забринутост артикулишу највише у доменима понашања и односа детета са другима, затим у границама маргиналне значајности у односу на говорну продукцију и фину моторику. Најмањи број родитеља показује кроз генералну забринутост везу са забринутостима у домену грубе моторике.

Кроз односе генералне забринутости и забринутости приказане кроз инструмент (у табелама 71, 72, 73, 74, 75) можемо увидети важност коришћења истог. Некада исти родитељ на усмено питање, или без формалног инструмента не изрази генералну забринутост, међутим, када му понудимо инструмент, у стању је да детаљније профилише врсту и степен забринутости, јасно је изрази тако да је онда можемо анализирали и након тога сврсисходније деловати.

Често се иза једне родитељске забринутости крију друге врсте проблема код детета, али из перспективе родитеља оне нису видљиве. Ако анализирамо однос и интеракцију детета и једног просечног родитеља, евидентно је да оно што он види као забринутост код детета, јесте продукт манифестације које дете према њему испољава, у породичном и социјалном окружењу. То што том приликом просечан родитељ може да сагледа, јесте из домена понашања, односа са другима, говора и фине моторике, све оно појавно што се може сагледати у поређењу са другом децом и захтевима средине. Ову чињеницу можемо потврдити и у контексту дискусије везане за забринутост родитеља и васпитача, где смо подвукли чињеницу да је, на пример, само 15% родитеља било забринuto за фину моторику код деце, а васпитачи увиђају 50% деце која имају тешкоће у овом домену. У показатељима повезаности генералне забринутости родитеља и забринутости по питању грубе моторичке способности, једино у овом домену не налазимо ни маргиналну статистичку значајност. Родитељи су често рестриктивни по питању грубих моторичких активности деце, из страха да се не повреде, не падну. Из података наше студије уочавамо да родитељи ретко, само у кардиналним случајевима, изражавају забринутости у овом домену. Најубедљивија је разлика у перцепцији грубе моторичке способности у оквиру које родитељи изражавају забринутост у само 5%, а васпитачи излиставају да међу овом децом 65% показује сметње у грубој моторици. Овај податак говори у прилог ове дискусије.

Glascoe (1997) бавила се и проблемима превише забринутих родитеља, који на први поглед делују анксиозно. У просеку, у више њених истраживања, 20 до 30% родитеља исказало је значајне забринутости, а њихова деца нису показала никаква кашњења, нити поремећаје. У оваквом контексту морамо бити пажљиви, јер постоји одређени број родитеља који уочава сутилне знаке, субклиничке слике, које уколико се на њих не обрати пажња могу прерасти у праву дијагнозу. Овде је врло упутно укључити родитеље у едукацију, инструктивни рад или повећати будност у одређеној области развоја.

ПРОЦЕНА ПОМОЋУ ИНСТРУМЕНТА PEDS DM

У области развојног домена фина моторика PEDS DM тест процењује децу кроз шест задатака. У нашем истраживању на следећим задацима деца нису показала висок степен способности: цртање троугла према цртежу, на узрасту преко 4.6 година, 13.4% деце није било успешно на овом задатку (Табела 76). Цртање троугла по моделу, на узрасту преко 6.1 година, у стању је да правилно изведе 75.6% деце, делимично добро 22.8% , а неправилно или не може уопште 1.6% деце (Табела 80).

„Молим те напиши ми ово: дати, књига, нада, користити, додати“, на узрасту преко 7.0 година, од укупно десеторо деце наведеног узраста, шесторо њих је у стању да максимално добро одговори на задатак, док четворо деце чини то делимично добро (Табела 81).

Бележимо изненађујуће висок проценат деце која не могу да нацртају троугао, посебно на узрасном нивоу после шесте године. У нашем васпитно образовном систему област писања систематски се ради са децом по поласку у школу, али и припремни предшколски програм подразумева увођење деце у ову област. Развојно је оправдано да деца са писањем могу кренути раније. У Јапану, иако имају сликовно писмо, са процесом описмењавања почињу са три године, у тренутку када дете покаже да је за то спремно, када почиње да разазнаје симболе, марке аутомобила, „стоп“, „излаз“, „забрањено пушење“ и слично. Рајевић (2009) На нашем узорку, шест од десеторо деце, преко 7 година у стању је да одговори на задатак писања задатих речи.

Релативно задовољавајућа постигнућа (у просеку 90% деце може да их успешно обави) утврдили смо на ајтемима који се односе на писање слова и бројева. (Табела 77, 78, 79).

У оквиру развојног домена самопомоћ/брига о себи децу смо проценили кроз шест задатака предвиђених на основу узраста деце. Анализираћемо постигнућа деце, почевши од задатка на коме су деца у просеку најлошије одговорила, ка онима у којима су просечно била најуспешнија.

Само 58% деце нашег узорка, старије од 2.5 година помаже родитељима у расклањању ствари (Табела 82). Питање је колико родитељи укључују и подстичу децу да врше овакве задатке. У овом делу инструктивни рад са родитељима могао би да допринесе оснаживању дечијих способности у овом домену. Овај развојни домен не би спадао у предиктивне забринутости по питању могућег развојног поремећаја, али захтева да се са 42% родитеља разговара о овом задатку и тако направи подобан оквир за подршку детету у овој области. У

оквиру нашег узорка, 61.2% деце може да се самостално обуче (Табела 83). Који је разлог? Да ли родитељи чине ове једноставне активности за своју или уместо своје деце, презапштију их и у том смислу спутавају развој способности у овом домену? С обзиром да деца похађају вртић, очекујемо да у колективу стекну ову вештину, у оквиру осамостаљивања и бриге о себи. У домену ове активности можемо разговарати са родитељима и васпитачима, како би обезбедили стимулативнију средину и даље пратити способности деце у овом домену.

30% деце узраста преко 3.8 година не зна да, на налог, каже своје пуно име и презиме (Табела 86). Родитељима треба пружити информацију о томе да се то очекује од деце на овом узрасту, да она развојно то могу и да их кроз активности стимулишу ка успешном одговору на ово питање. Васпитачи у активностима за развој говора и језика такође могу осмислити игралике активности, како би деца усвојила оно што се од њих очекује. На питање „Како се зове родитељ - старатељ“ 91.4% деце узраста преко 5.6 година у стању је да да комплетан одговор (Табела 90).

„Игра у групи деце двадесет и више минута“ могућа је са 4.6 година. На узрасту преко 4.6 година, 88.7% деце нашег узорка је у стању да се игра у групи деце двадесет минута, понекад је у стању 9.2% деце, а 2.1 % њих уопште није у стању то да учини (Табела 88). По питању способности у овој области имали смо још питање о могућности да „дете може да се игра само без укљученог ТВ-а или видео игара двадесет минута“. На узрасту деце преко 4.11 година, на нашем узорку, 88.1% деце може да се игра само без укљученог телевизора или видео игара 15 минута и више, док 11% њих може око 10 минута. У категорију оних који могу да се играју у тим околностима мање од 5 минута имамо 2% деце (Табела 89).

У оквиру развојног домена рецептивни говор, за узрастни ниво који смо испитивали, децу смо проценили на основу PEDS ДМ-а кроз седам задатака. Анализираћемо и представити упросечена постигнућа деце од најмање успешних до најуспешнијих.

Познавање делова тела испитано је према референтним узрастним нивоима у неколико ајтема овог развојног домена. Када су у питању делови тела које треба да познају деца узраста преко 26 месеци, проценат успешности је 83.8% деце. Запажамо задовољавајуће резултате познавања делова тела: глава, ноге, руке, прсти, зуби, палчеви, прсти на ногама, колена, брада, нокти (100% деце их адекватно показује на налог).

Делове тела на узрасту преко 6.1 година, познаје и показује 81.8% испитаника (Табела 102). Колена, рамена, обрве, на узрасту преко 5.6 година познаје и показује 95.7% деце узорка, (Табела 101).

99,6% деце узорка познаје појмове мало и велико (Табела 95), на захтев два налога један за другим може да изврши 99,2% деце (Табела 96), три задате ствари успешно да уради 95% деце, 4,2% уради две, 0,4 % уради једну, док 0,4% није у могућности да уради ни једну (Табела 97).

Познавање просторних одредница, на узрасту деце преко 26 месеци, појам предња-задња (страна књиге), као и горња,-доња зна 89,5% деце, 10% њих зна по неку, а 0,5% не зна ни један појам од поменутих. Да стави руке на главу, а затим да стави шаке испод браде, да покаже центар приложеног папира, а затим ћошак (угао) истог, на узрасту преко 4.11 година, 11.6% деце овог узорка није било у стању да комплетно изврши задатак (24 деце), једно дете није било успешно ни у једном задатку. Успешно изводи све задатке 87.9% деце (Табела 100).

Покажите на обојену кутију и реците детету: "Покажи ми шта је црвено, шта је плаво, покушајте и са жуто, зелено, наранџасто, љубичасто, бело, црно, розе и сиво". Колико боја је дете познавало? Деца узраста преко 4,1 година, све наведене боје у задатку познаје 92% деце, 6,9% познаје већину, док само неколико боја познаје само 1,1% деце (Табела 98).

Реците детету "Ја ћу сада рећи четири речи. Једна овде не припада. Слушај и онда ми реци која реч не припада: чоколада, шећер, креда, хлеб." Покушајте и са овим: купатило, воз, кухиња, спаваћа соба и са: брат, мајстор, мердевине, компшија. Да ли је ваше дете издвојило појмове креда, воз и мердевине? Од десеторо деце узраста преко седам година, двоје деце није било успешно у изложеном задатку (Табела 99).

Домен експресивни говор испитали смо према захтевима узраста и теста кроз седам задатака. Најлошије резултате у оквиру развојног домена експресивни говор деца су показала на задатку "Наброј ми слова азбуке". „Колико гласова азбуке успе да изговори пре него што погрешити“? Задатак су радила деца старија од 5.6 година. Сва слова азбуке, у референтном узрасту за задатак, у стању је да наброји 21.9% деце, шеснаест до двадесет и пет слова 25.6%, девет до петнаест 26.9%, једно до осам 21.3%, док ни једно не зна да наброји 4.4% деце (Табела 109). Највећа и готово уједначена дистрибуција постигнућа у свим категоријама одговора која показују добро или делимично добро постигнуће: 21.9% (изговара сва слова) 21.3% (изговара 16-25 слова) 25.6%, (изговара 9-15 слова) 21.3% (изговара 1-8 слова) Најмањи проценат деце не изговара ни једно слово (4.4%).

По слабијој успешности у оквиру експресивног говора огледа се 32,7% деце у задатку: Покажите слику куце (штенета) и реците детету "Поновите за мном: Штенци су прелепи, али захтевају пуно пажње." Уколико направи било коју грешку, покушајте поново са "Поновите за

мног: Ђаци су срећни отишли на излет са њиховом учитељицом" на коме овај проценат деце има по неку грешку. (Табела 110).

За нијансу боља постигнућа деца су показала на задатку који говори о оријентисаности деце у времену, на узрасту референтном за адекватно развијену способност која подразумева познавање делова дана и експресију везано за њих: „Да ли дете употребљава речи које говоре о времену, као јутро, поподне, ноћ, јуче или сутра?“ Задатак су радила деца старија од 4.1 година. На изложеном задатку у потпуности је успешно 67.4% деце, делимично добрих или неуспешних је 32.6% (Табела 106).

21,2% деце делимично или неуспешно изводи задатак: Молим вас покажите детету причу о паткама и реците"Покажи ми молим те прву реч", а затим "Покажи ми последњу реч". (Табела 105).

Делимично добро 13,5% испитаника, а неуспешно 0.5% (једно дете) показало се на задатку - Покажите на слици мишеве, зубе и стопала. Питајте дете "шта су они?". Да ли дете користи речи које већина одраслих користи? (Табела 108).

По неку грешку у артикулацији има 7.8% деце старије од 4.6 година (Табела 107).

Најбоља постигнућа у овом развојном домену имали смо на задатку – „Питајте дете "шта радимо са маказама", а затим, "чему служи фрижидер"? Да ли дете објашњава са "сечемо" и "да хлади храну или прави лед"? Задатак су радила деца старија од 3.3 година. 92.5% адекватно је одговорило на задатак. У узрасту нивоу у коме је очекивано да овај задатак буде адекватно решен, 7.5% деце је дало само један тачан одговор (Табела 104).

У развојном домену груба моторика, способности деце испитали смо, сходно узрасту нивоу и захтевима теста, кроз седам задатака. Постигнућа у овом развојном домену бележимо идући редом он најнижих ка највишим.

Када дете покушава да трчи, да ли бар мало одваја оба стопала од подлоге? Задатак су радила деца старија од 26 месеци. У оквиру узрасту референтног узорка, 76.6% деце трчи на начин очекиван за узраст, 13.1% то не чини, а „понекад“ 10.3% деце (Табела 113). 21.8% деце узрасту референтног узорка није у стању да адекватно» покушава да скочи, иако се стопала не одвајају од подлоге?» Задатак су радила деца старија од 17 месеци. 78.2% деце успешно је у реализацији истог (Табела 111). На задатку: Да ли дете хода уназад два корака? 83.7% деце хода уназад два корака, 13.1% то не чини, а 2.4% деце чини уз геење или застајкивање. Задатак су радила деца старија од 2.5 година (Табела 114). У процени силаска низ степенице, у оквиру референтног узраста за задатак, деца силазе дечијим кораком у 11.3%,

стављајући једну ногу на сваки степеник 88.7% деце. (Табела 116). На задатку: Може ли дете да хода три корака ногу испред ноге, тако да пета једног стопала додирује ножни палац другог? У референтном узрасту за задатак 89.1% деце успешно савладава задато са мало махања рукама, 6.9% деце то чини са много махања рукама, а не може да изведе 4.0% деце. Задатак су радила деца старија од 4.1 године (Табела 117).

Деца референтног узраста за задатак, пењу се уз степенице самостално у 90.2% док 7.4% деце то чини придржавајући се за једну руку или за ограду, односно 1.6 % придржавајући се за обе руке или пузећи. Једно дете узорка (0.8%) није у близини степеништа те нема искуство пењања уз исто. Задатак су радила деца старија од 23 месеца (Табела 112). Најбоља постигнућа деца су показала на задатку: Уме ли дете да стоји на једној нози по пар секунди? 97.7% деце је показало успешност на овом задатку, 1.6% деце то може чини само на једној нози, а потпуну неуспешност на задатку показује 0.8% деце. Задатак су радила деца старија од 2.10 година (Табела 115).

Постигнућа деце у оквиру развојног домена «социо емоционални развој», сходно узрасту и пропозицијама теста, приказали смо на 11 ајтема/задатака. Постигнућа по задацима анализирамо од најмање успешних до најуспешнијих. На задатку «Да ли вам Ваше дете чини услуге или воли да вас изненади помагањем?» (Одговор су нам пружили родитељи) 65.1% деце чини услуге или помаже родитељима, 31.7% њих чини то само понекад, док 3.2% не чини уопште (Табела 124). Кроз овај задатак процењена су деца старија од 3.3 године. На питање „Када је међу децом, да ли се дете игра са њима, сарадљиво је, или само покушава да их гура или им узима играчке?» (одговор нам је пружио родитељ) 67% деце референтног узорка је сарадљиво и конструктивно у игри са другом децом, 13.2% деце не сарађује док 19.8% то чини само понекад (Табела 118). На питање „Да ли се Ваше дете претвара да ради ствари које чине одрасли, као што је брига о беби, вожња, брисање или кување? Одговори родитеља показују да се 71.6% деце у свакодневној игри претвара да ради ствари које чине одрасли, 23% њих то чини понекад, док 4.9% то уопште не ради (Табела 122). У процену, за овај задатак, су укључена деца старија од 2.5 године. На питање „Да ли дете поштује правила рада у групи? (Одговор нам је пружио васпитач) 80% деце референтног узраста поштује иста, 20% њих то чини понекад (Табела 127). Процена за овај задатак обављена је за децу старију од 4.6 година. На питање упућено родитељима „Да ли Ваше дете игра игре са правилима: друштвене игре, игре са картама, са лоптом, школице? 85.2% деце референтног узорка јесте у стању да игра и

прати правила игре, „не тако добро“ то чини 12.6% деце, док 2.2% није у стању да то чини (Табела 128). Питање је постављено родитељима деце старије од 4.11 година. На питање „Да ли дете покушава да се придружи игри када се друга деца играју?“ На основу одговора родитеља/васпитача налазимо да, у оквиру референтног узраста, 91.2% деце узорка покушава да се придружи игри док се друга деца играју, 6.9% деце то чини у незнатном броју случајева, а уопште не чини 2.0% (Табела 121). Питање је постављено за децу старију од 26 месеци. На питање „Да ли Ваше дете посматра људе са жељом да закључи како се они осећају? Може ли Вам дете рећи када је неко бесан, тужан или срећан?“ Према одговорима родитеља 91.9% деце успешно распознаје расположења људи у окружењу, док 6.1% то чини не тако често, а уопште није у стању двоје деце узорка (Табела 119). Према референтном узрасту за овај задатак питање је постављено родитељима деце старије од 20 месеци. Према одговорима родитеља 93% деце разликује шта је добро, а шта лоше понашање, 6.2% није увек у стању да то разликује, док за једно дете из укупног узорка (129 деце) родитељи тврде да не зна разлику (Табела 125). Питање је постављено родитељима деце старије од 3.8 год јер према објективном тесту референтни узраст за успешно обављање задатка јесте 3.8 - 4.0 година. На питање „Док се игра, да ли Ваше дете настоји да не повреди друге? Ако се другари повреде, да ли делује забринуто због тога?“ 93.5% деце, према виђењу родитеља, у игри са другом децом води рачуна да их не повреди или ако се то догоди изражава жаљење због истог, 1.5% деце то не чини, док њих 4.9% то чини ретко (Табела 126). На овом задатку испитани су родитељи деце старије од 4.11 година.

На питање «Уме ли Ваше дете да се игра са групом деце? Ако уме колико дуго?» Родитељи наводе да 94.5% деце то чини 15 до 20 минута, док 5.5% њих остаје свега 5 до 10 минута (Табела 123). Процена је урађена на референтном узрасту уз помоћ родитеља деце узорка, старије од 2.10 година. Највише деце узорка спремно је да се игра са две играчке заједно, као на пример да лутка вози ауто, да на камionsу вози друге ствари, или да се игра са лутком која је у шетњу извела пса. 94.9% деце адекватно се игра у описаном контексту, док 5.1% њих користи само једну играчку (Табела 120). На овом задатку према референном узрасту у оквиру испитана су деца старија од 23 месеца.

Постигнућа деце у области Образовне способности описали смо кроз једанаест ајтема којима смо, сходно узрасту и захтевима теста PEDS DM, могли да испитамо образовне способности деце. Анализом резултата на основу постигнућа деце, редом, од оних на којима су деца показала најлошија постигнућа до просечно најуспешнијих, сагледали смо упросечене слабости и предности деце у оквиру датих способности. У оквиру задатка у коме се тражи препознавање, читање знакова попут "Изназ опасност, опрез, отровно!!!" 75.4% деце је препознало све знаке, три од четири знака препознаје 9.2%, два од четири препознаје 3.1%, док је само један знак познат 12.3% деце (Табела 139). Задатак смо поставили деци за коју се узрасно очекује да одговоре на задатак. Проценили смо децу старију од 6.1 године. Рецепцију речи, дискриминацију, на задатку "Слушај, да ли су ове речи исте или нису: бут-пут, чет-сет, храм-грам и бајка-мајка?» Све задатке успешно дискриминише 78.6% деце, делимично добро 19.2% деце, док 2.1% деце није у стању ни један задатак да успешно реализује (Табела 130). Узрасни ниво предвиђен за успешно обављање задатка према објективном тесту је 3.8 - 4.0 године. Процењивали смо децу старију од 3.8 година.

Деце узраста преко 4.11 година, на захтев, могу да именује осам и више слова 79.0%, једно до седам слова у стању је да именује 17.5% деце, док ни једно слово не може да именује 3.5% деце (Табела 135). Ако детету покажемо динар (кованицу) и питамо га "Шта је ово?" 80.7% деце ће га правилно именовати (новћић, динар), 18.2% њих га назива другачије, док 1.1% њих не зна да именује исти (Табела 129) Узрасни ниво за успешно обављање задатка према објективном тесту је 3.3 - 3.7 година, а ми смо проценили децу старију од 3.3 године. На задатку у коме покажемо на дрвца, а затим на цифру 5, и замолимо дете да нам покаже толики број дрваца, затим 6,7, све задатке извршило је 83.6% деце, неколико њих савладава 14.9%, док ни један задатак не може да изврши 1.5% деце (Табела 136). На овом задатку испитали смо децу старију од 4.11 година јер референти узраст за успешно обављање задатке према тесту јесте 4.11 до 5.5 година. Непосредно препричавање прочитане приче 86.5% деце је у стању да у потпуности преприча, само почетак може да преприча 3.2% деце, средину 6.5%, а крај 3.2% деце (Табела 137). Овај задатак задали смо деци старијој од 5.6 година. Успешност на овом задатку очекивана је у узрасном оквиру 5.6 до 6.0 година. На задатку именовања слова код деце старије од 4.6 година једно или више слова тачно наводи 88.8% деце, 7.9% деце наводи слова, али погрешно, док 3.3% деце не зна слова (Табела 133). На задатку показивања слова "Где је А?", "Где је М", "Где је О"? и тако даље док не сагледамо може

ли да покаже два или три слова тачно. У оквиру референтног узраста за успешан одговор на задатак, код деце старије од 4.1 година, 90% њих покаже тачно два или више слова, 6.3% покаже један тачан, док 3.7% деце покаже погрешна слова (Табела 131). Када тражимо од детета да нам да два од нечега (играчке, новчића или књиге). Затим 1, 3, 5 и 4 нечега, 93.3% деце увек да тачан број захтеваних елемената, 6.3% деце то учини понекад, док 0.4% не може да изврши задато. Задатак су радила деца старија од 4.6 година. Јер је узрасни ниво за успешно обављање задатка према објективном тесту 4.6 - 4.10 година (Табела 134). Бројање, односно одбројавање преко три успешно изводи 94.9% деце, до два броји 4.4% деце, док не броји још или остане на броју један 0.8% деце (Табела 132). Задатак су радила деца старија од 4.1 године јер су очекивања за успешно обављање задатка на узрасту од 4.1 до 4.5 година. У именовању цифара успешно са три и више цифре било је 96% деце. Ни једну цифру не именује 1.3% деце, док једну или две познаје и именује 2.7% њих (Табела 138). Овај задатак радила су деца старија од 5.6 година јер је узрасни ниво за успешно обављање задатка према објективном тесту 5.6 - 6.0 година.

Од укупно 954 деце затечене у васпитно образовном програму вртића где је обављено истраживање васпитачи су замољени да издвоје ону децу за коју мисле и примећују да се другачије понашају, владају у било ком смислу. Васпитачи су то учинили за 33 деце. Од овог броја, 20. деце је обрађено од стране васпитача, родитеља и стручњака. На тај начин пружила се могућност да поредимо перцепције и процене васпитача, родитеља и стручњака, истина на једном малом узорку, те да утврдимо поузданост примењених тестова у идентификацији развојних кашњења. У овом узорку, према полу имамо 13, девојчица и седам дечака (Табела 140).

Ову децу (идентификовану према БЕК-у, PEDS DM и PEDS-у) према утврђеним путевима упућивања на основу евалуације родитељске забринутости (PEDS тестом) треба упутити на даље праћење. Петоро деце прати пут Б, јер постоји једна значајна родитељска забринутост. Пут А треба да прати једно дете, јер постоје две или више предиктивних родитељских забринутости. На пут Ц, који подразумева више родитељских забринутости, које немају предиктивну важност и подразумева надгледање развоја треба упутити четворо ове деце (Табела 141). Половина ове деце упућује се на даљу процену и праћење. Из анализе ових података можемо закључити да, када се удруже гледишта и компетенције родитеља и васпитача, добијамо комплетнију слику и успевамо да у фокус поставимо децу која су под ризиком.

Када ову децу посматрамо према процени стручњака, а на основу примене PEDS DM теста, упросечени резултати постигнућа у процентима у свим доменима развоја, дају податке који су врло блиски подацима добијеним од родитеља и васпитача, кроз оквир PEDS-а и БЕК теста. Наиме, показатељи PEDS DM инструмента (којим процењује стручњак), такође говоре да једно дете овог узорка има објективно лоше резултате, лоша глобална постигнућа, односно да има постигнућа за 25% нижа од очекиваних, што је према референцама PEDS DM теста степен кашњења који захтева интервенцију специјалне едукације. Број деце која показују блажи облик кашњења, односно постигнућа у оквиру 76% до 95% од очекиваног за узраст јесте осморо деце (Табела 142), што се опет подудара са бројем деце за коју родитељи показују забринутости. Наиме, петоро деце треба да прати пут Б, према родитељским забринутостима (постоји једна предиктивна забринутост) и четворо пут Ц, који значи да постоје више непредиктивних забринутости, у оквиру којих треба надгледати развој детета (Табела 141).

Постигнућа деце према доменима развоја и узрасним категоријама

Према анализи процентуалних постигнућа у испитиваним доменима развоја, према PEDS DM-у, запажамо најнижу средњу вредност у области експресивног говора (91.15%). У овом тренутку било би интересантно повезати и дати резултате добијене на БЕК тесту који говоре о способностима деце из угла васпитача (васпитачи су посредством БЕК-а учили тешкоће у овом домену: Језик није примерен узрасту код 46.6%, Говори јако брзо 40%, Говори кроз нос, има храпав глас, дише упадљиво 39.3%, Одбија да говори, иако зна 36.6%, муцање детета, као тешкоћу, васпитачи истичу код 17.2%). Према PEDS DM-у, према просечним постигнућима све деце, следи област академских вештина -образовање (92.92%) (васпитачи су посредством БЕК-а учили тешкоће у овом домену: проблеми у креативности, богатству идеја код 60% деце, проблеми пажње и концентрације код 53.3% деце, поимања/логичког размишљања код 46.7% деце, оријентација, визуелна област код 43.4%, опажања -памћења код 41.4%, запажање у разликовању количина, боја, облика код 44.8%, проблеме при распознавању звукова или гласова или при налажењу извора звука код 20.6% деце). У домену груба моторика деца, према PEDS DM-у, имају средњу вредност постигнућа 93.07% (васпитачи су посредством БЕК-а учили тешкоће у овом домену: Моторички немир - 48.3% деце, Моторика - коришћење снаге испољава тешкоћу 31% деце, Груба моторика лоша је код 27.5%, у оквиру логомоторичких способности тешкоћа има 13.3% деце). На основу резултати

процене у оквиру развојног домена социјализација, уочавамо средњу вредност постигнућа 93.38% (васпитачи су посредством БЕК-а учили проблеме у овом домену: стидљивост исказује 53.3% деце, дистанцу 37.9%, преосетљивост 37.9%. Друга деца га често одбијају, има мало контаката у групи, често се игра сам 33,3% деце, а агресију при контакту са васпитачицом показује 27.5%, страх од близине 26.7%.) По средњој вредности постигнућа, следи домен самопомоћ, где су просечна постигнућа 93.7%, а затим фина моторика (95.2%), и најбоља просечна постигнућа показују деца у области рецептивног говора - 96.96%. Ако сагледавамо најнижа процентуална постигнућа у свим доменима, као најнижи уочавамо домен грубе моторике 39.20%, затим социјализације 41%, 55% академске вештине, 56% самопомоћ, рецептивни говор 57%, и 58% фина моторика и експресивни говор (Табела 143). Кроз приказ ових резултата можемо блиско сагледати и упросечена виђења способности деце добијена од стране васпитача, како би описно испратили проблеме које, у оквиру објективно измерених просечних постигнућа, могу имати деца из угла васпитача. Ове резултате не можемо директно статистички поредити, јер се инструмент намењен васпитачима, у овом истраживању, односно на само двадесеторо деце узорка коју су васпитачи учили, а објективна процентуална постигнућа бележимо у средној вредности постигнућа све деце узорка.

Када анализирамо појединачно сва постигнућа, по доменима, то можемо учинити по постигнућима у процентуалним категоријама, како би могли да видимо дистрибуцију резултата у неким оквирима постигнућа. Према самим инструкцијама теста PEDS DM имамо смерницу да сва кашњења, развојна зостајања у нивоу 25 % и више представљају знак озбиљних поремећаја и захтевају интервенцију специјалне едукације. Према том критеријуму смо формирали међе процентуалних постигнућа (од 95-100%, од 85-95%, од 75-85% и испод 75%). Сходно овим категоријама имамо следећу дистрибуцију резултата: Највише кашњења бележимо у домену експресивног говора. На читавом узорку деце (288 деце) у домену експресивни говор постигнућа у процентуалној категорији 95-100% показало је 39.6% деце; 85-95% способности у овом домену показује 36.5% деце; 75-85% налазимо код 16.3% деце, док је категорија постигнућа испод 75% утврђена код 7.6% деце (двадесет и двоје деце) (Табела 150). Када ове процентуалне категорије посматрамо према узрасним нивоима деца узраста четири до пет година показују следећа постигнућа: 95-100% тридесетдеветоро деце, 85-95% двадесетосморо деце, 75-85% деветоро деце и испод 75% једно дете. Деца узраста пет до шест година показују следећа постигнућа у домену експресивни говор: 95-100% способности у

овом развојном домену показује двадесетпеторо деце, 85-95% способности тридесетчетворо деце, 75-85% способности осморо деце и испод 75% четворо деце. Деца узраста шест до седам година показују следећа постигнућа у домену експресивни говор: 95-100% способности показује четрдесетпеторо деце, 85-95% способности четрдесетједно дете, 75-85% тридесеторо деце и испод 75% способности седамнаесторо деце (Табела 151).

Постигнућа деце у области Школске/академске вештине у процентуалним категоријама које смо утврдили ради лакшег праћења постигнућа деце, на читавом узорку деце (287 деце) показују следеће: у категорији постигнућа 95-100% способности налазимо 54.0% деце, 85-95% способности у овом домену показује 27.9% деце, у категорији 75-85% налазимо 10.8% деце, док је способност испод 75% утврђена код 7.3% деце (осамнаесторо деце) (Табела 156). Када у овом домену посматрамо постигнућа деце кроз ове категорије, а према узрасту имамо следећа постигнућа. На узрасту четири до пет година у категорији 95-100% способности имамо тридесеттроје деце, 85-95% способности на овом узрасту показује двадесетдвоје деце, 75-85% постигнућа налазимо код четрнаесторо деце и способности испод 75% од очекиваног код седморо деце. Деца узраста пет до шест година показују следећа постигнућа у домену академске вештине: у категорији 95-100% способности налазимо тридесетосморо деце, 85-95% деветнаесторо деце, 75-85% постигнућа бележимо код шесторо деце и испод 75% способности на овом узрасту налазимо код осморо деце. На узрасном нивоу шест до седам година деца у овом развојном домену показују следећа постигнућа у категорији постигнућа 95-100% способности имамо седамдесетосморо деце, 85-95% способности показује тридесетосморо деце, 75-85% једанаесторо и испод 75% од очекиваних способности налазимо код шесторо деце (Табела 157).

Постигнућа деце у области Груба моторика у утврђеним процентуалним категоријама постигнућа, на читавом узорку деце (281 дете) показују: постигнућа у оквиру 95-100% показало је 56.2% деце, 85-95% способности у овом домену показује 22.8% деце, 75-85% налазимо код 13.5% деце, док је способност испод 75% утврђена код 7.5% деце (двадесет и једно дете) (Табела 152). Капњења у равоју у домену грубе моторике од 15-25 % показује 13.5% деце, док у категорији 25% и више имамо 7.5% деце. Овакав податак нам говори да је неопходно надгледати и додатно проценити 20.5% деце овог узорка у оквиру овог развојног домена. Осмислити подршку деце у васпитно образовном систему и едуковати родитеље. Постигнућа у области Груба моторика према узрасним нивоима су следећа: на узрасту од четири до пет година у категорији постигнућа од 95-100% налазимо тридесетдеветоро деце,

85-95% деветнаесторо деце, 75-85% десеторо деце и испод 75% способности показује осморо деце. Деца узраста пет до шест година показују следећа постигнућа: у категорији 95-100% способности имамо тридесетшесторо деце, 85-95% двадесетдвоје деце, 75-85% осморо деце и испод 75% способности показује четворо деце. На узрасту шест до седам година деца показују следећа постигнућа: у категорији 95-100% имамо седамдесетдеветоро деце, 85-95% способности показује двадесетдвоје деце, 75-85% осамнаесторо деце и испод 75% способности налазимо код деветоро деце (Табела 153). Дистрибуција деце према узрасту на основу постигнућа у области грубе моторике показује врло уједначену расподелу у оквиру узрастних нивоа. Највећи број деце укупног узорка био је у категорији деце од 6-7 година (46.5% деце, Табела 1) тако да се у овој категорији из тог разлога појављује значајно већи број деце.

Према постигнућима деце, следећи домен према броју деце која показују кашњења јесте домен Социо емоционалног развоја. У утврђеним процентуалним категоријама постигнућа, на читавом узорку деце (282. деце), постигнућа у оквиру категорије 95-100% способности показало је 57.4% деце, 85-95% способности у овом домену показује 24.8% деце, док 75-85% налазимо код 11.3% деце, способност испод 75% утврђена је код 6.4% деце (осамнаесторо деце) (Табела 154). Деца показују кашњења 15-25% у 11.3% узорка, док 6.4% њих има 25% и више развојног кашњења у односу на вршњаке. 17.7% деце у овом развојном домену мора бити детаљније процењено и подржано у породици и васпитно образовној установи. Постигнућа у области Социо емоционални развој, према узрастним нивоима, показују следеће резултате: На узрасту четири до пет година у процентуалној категорији постигнућа 95-100% имамо тридесетдеветоро деце, 85-95% двадесетједно дете, 75-85% налазимо осморо деце и испод 75% способности показује седморо деце. Деца узраста пет до шест година показују следећа постигнућа у домену социоемоционални развој: у категорији 95-100% способности имамо четрдесетдвоје деце, 85-95% четрнаесторо деце, 75-85% деветоро деце и испод 75% способности показује четворо деце. Деца узраста шест до седам година показују следећа постигнућа: у категорији 95-100% способности показује седамдесетседморо деце, 85-95% тридесетчетворо деце, 75-85% четрнаесторо и испод 75% способности има шесторо деце (Табела 155). Дистрибуција деце према узрастним нивоима у свим развојним доменима има врло сличну расподелу у оквиру узрастних категорија што говори у прилог тога да се на сваком узрасту могу уочити извесна кашњења и да се проценат деце у зависности од

домена креће у сличним процентуалним оквирима. С тим што из теорије пластицитета знамо да треба тежити што ранијем откривању кашњења како би адекватном подршком обезбедили достизање просека способности очекиваног за узраст. На узрасту 6-7 година показује се два пута већи број деце у свим процентуалним категоријама, а из разлога нејвеће бројности, јер у овом узрастном нивоу имамо два пута већи број деце у односу на све друге узрастне нивое.

Постигнућа деце у области Самопомоћ у процентуалним категоријама, на читавом узорку деце (285 деце), показују следеће: у категорији 95-100% постигнућа показало је 53.7% деце, у категорији постигнућа 85-95% у овом домену показује 31.6% деце, 11.9% деце налазимо у категорији постигнућа 75-85%, док је способност испод 75% утврђена код 2.8% деце (осморо деце) (Табела 148). Деца узраста четири до пет година показују следећа постигнућа у домену самопомоћи: у категорији 95-100% налазимо тридесетседморо деце; 85-95% способности показује двадесетпеторо деце; 75-85% деветоро деце и у категорији постигнућа испод 75% способности имамо четворо деце. На узрасту пет до шест година деца показују следећа постигнућа у домену самопомоћи: у категорији 95-100% способности показује тридесетпеторо деце, 85-95% двадесетдвоје деце, 75-85% десеторо деце и испод 75% способности имамо код троје деце. Код деце узраста шест до седам имамо следећу дистрибуцију према постигнућима: у категорији 95-100% способности налазимо седамдесетшесторо деце, 85-95% четрдесетједно дете, 75-85% петнаесторо деце и испод 75% способности само једно дете (Табела 149). У овом развојном домену, према резултатима PEDS ДМа уочавамо израженије присуство деце са кашњењима 15% до 25%, 11.9% деце или 34 деце, ово су деца коју морамо подржати, додатно испитати поред оне која показују постигнућа у кашњењу од 25% и више. Блиско овоме јављају се кашњења и у домену грубе моторике 38 деце 13.5% (Табела 152) и образовних вештина 31 деце (10.08%) (Табела 156). Постигнућа у области Рецептивни говор у процентуалним категоријама, на читавом узорку деце (287 деце) показују следеће: у категорији 95-100% способности показало је 74.6% деце, 85-95% постигнућа у овом домену показује 18.8% деце, 4.9% деце у категорији 75-85%, док је постигнуће испод 75% утврђено код 1.7% деце (петоро деце) (Табела 146). На узрасту четири до пет година деца показују следећа постигнућа у области рецептивног говора: у категорији постигнућа 95-100% имамо педесетједно дете; 85-95% двадесеторо деце; 75-85% четворо деце и испод 75% способности показује двоје деце. Деца узраста пет до шест година показују следећа постигнућа: и категорији 95-100% способности имамо четрдесетдеветоро деце; 85-95% деветнаесторо деце; а у категорији постигнућа 75-85% троје деце. Деца узраста шест до

седам година у овом домену показују следећу дистрибуцију постигнућа: у категорији 95-100% имамо стодеветоро деце; 85-95% четрнаесторо деце, 75-85% шесторо деце, а постигнућа испод 75% способности показује троје деце (Табела 147). Петоро деце има кашњења једнака или већа од 25 %, а 14 деце касни 25% до 15% у овом развојном домену. Ових 19-оро деце, јесу у програму предшколске установе, али их нико није уочио као децу са кашњењима.

Према принципима ране интервенције ову децу треба подржати у оквиру породице и васпитно образовног програма, како би превазишла или компензовала потенцијални или постојећи поремећај. Дистрибуција деце према узрачном нивоу слична је свим другим доменима и у њој примећујемо највећи број деце која постижу задовољавајуће резултате, успешност. Према узрасту не постоји нека значајна дискрепанца, подједнака је заступљеност у сваком узрасту (узраст деце од 6 до 7 година два пута више је заступљен у узорку, па стога и очекујемо овакву расподелу) (Табела 154).

Најбоље просечне резултате према PEDS DM-у деца су показала у области фине моторике. Постигнућа у процентуалним категоријама, на читавом узорку деце (285 деце), у домену категорије постигнућа 95-100% показало је 64.6% деце, 85-95% способности у овом домену показује 23.2% деце, 75-85% налазимо код 9.1% деце, док је способност испод 75% утврђена код 3.2% деце (Табела 144).

Постигнућа деце у области Фина моторика у процентуалним категоријама на одређеном узрачном нивоу. Увиђамо да највише деце заостаје на узрасту од 6-7 година у домену фине моторике. Најмањи проценат деце налазимо у категорији испод 75% од очекиваног за узраст, где према узрастним нивоима деца узраста четири до пет година показују следећа постигнућа у области фине моторике: у категорији 95-100% способности имамо четрдесеттроје деце; 85-95% седамнаесторо деце; 75-85% једанаесторо деце и способности испод 75% показује троје деце. На узрасту пет до шест година деца показују следећа постигнућа у области фине моторике: у категорији постигнућа 95-100% имамо четрдесеттроје деце; 85-95% двадесетједно дете; 75-85% петоро деце и испод 75% способности показује само једно дете. Деца узраста шест до седам година показују следећа постигнућа у области фине моторике: категорија 95-100% бележи деведесетдва детета; 85-95% способности показује двадесетседморо деце; 75-85% десеторо деце и испод 75% способности налазимо код петоро деце (Табела 145). Десеторо деце (3.2% целог узорка) се издваја као категорија која према инструкцији теста има поремећај у овом домену и захтева додатну дијагностику и подршку породице и стручњака. 27 деце захтева преглед у овој области од референтног стручњака и

сходно томе инструкцију родитеља или стимулативни програм за дете. 22 деце треба пратити, јер имају ризик за развој кашњења у вишем степену у домену фине моторике.

Домени фина моторика, самопомоћ/социо емоционални развој и груба моторика су слични по питању дистрибуције резултата кашњења деце у категорији 15% до 25%. Запажамо присутност у просеку око 11% деце коју треба добро надгледати, додатно испитати / проценити и пружити подршку кроз васпитно образовни програм.

На основу теоријских поставки које говоре о повезаности развојних домена и њиховој међузависности, као и чињеницама да кашњења у одређеном подручју развоја могу утицати и угрожавати друге области развоја долазимо до тога да на пример, неспособност детета да одржи пажњу, да се фокусира, угрожава развој когнитивних веза и разумевање нових информација. Успорени развој моторике може ометати развој когнитивне способности, јер истраживање код детета може бити ограничено. Стога, када се тешкоћа открије и присутна је наизглед у једној области развоја, друге области се такође морају евалуирати. На пример, ако дете изгледа као да има потешкоће у области когнитивних способности или концепта, треба добро сагледати и оценити дететове језичке вештине. Понекад дете може имати тешкоће у обраду језика и говора и с тога одавати утисак да није у стању да разуме нове когнитивне или академске информације. Сазнање и језик су тесно повезани, а дефицит у једној области може да утиче на друге (LeComet 2006). Како би сагледали ове тврдње у оквиру статистичке анализе, ми смо кроз сагледавање постигнућа деце на PEDS DM тесту, према објективним процентуалним резултатима, размишљали о томе како постигнућа у оквиру једног домена утичу на развој другог, односно у каквој су вези развојни домени на основу постигнућа деце у нашем истраживању. Ову анализу урадили смо мером интеркорелације кроз седам развојних домена. Резултати до којих смо дошли говоре о доследној позитивној повезаности различитих домена развоја (Табела 158). Само три од укупно 21 коефицијента корелације није статистички значајан ($p > .05$). То су: груба моторика и експресивни говор ($r = .143$) ($p = .016$), и груба моторика и самопомоћ ($r = .137$) ($p = .022$) и образовање и груба моторика ($r = .108$) ($p = .071$).

Резултати преведени у чињенице показују да је повезаност постигнућа у развојном домену фине моторике у уској вези са образовним вештинама ($r = .31$, $p < .001$), Експресивни говор и социјализација јесу у тесној вези што такође има смисла, ако сагледамо динамику односа у васпитно образовној групи ($r = .29$, $p < .001$). Експресивни говор такође показује уску повезаност са развојем у домену академских постигнућа (образовних вештина) ($r = .29$, $p < .001$).

У степену повезаности, што је и очекивано, следећи јесу рецептивни и експресивни говор ($r=.26, p<.001$). Фина моторика и самопомоћ, такође, јер уколико дете није довољно спретно у обављању моторичких задатака које представљају основ за задовољење активности везаних за самопомоћ, наравно да је неће развити у довољном степену, односно да кашњење у развоју fine моторике узрокује кашњења у домену самопомоћи ($r=.26, p<.001$). Ако имамо самопомоћ развијену у просечном нивоу, она ће према овим статистичким показатељима утицати и на развој социјализације, јер ће компетентност детета у том пољу учинити да је оно самостално, нема издавања у окружењу вршњака и може се посветити својим капацитетима у игри и доказивању међу вршњацима (Самопомоћ и социјализација: $r=.24, p<.001$). У Повезаност fine моторике и рецептивног, као и fine моторике и експресивног говора, позната је из неуропсихолошких студија, које говоре о томе да развој fine моторике и диференцираност моторике прстију утичу на развој говора. Овде то потврђујемо по мери повезаности ових домена: Рецептивни говор и фина моторика ($r=.24, p<.001$), Фина моторика и експресивни говор ($r=.24, p<.001$). Међусобна повезаност fine и грубе моторике је и очекивана и даје меру интерколерације $r=.24, p<.001$. У овој анализи истиче се и повезаност рецептивног говора и самопомоћи, као и рецептивног говора и социјализације. Ако дете разуме и одговара на захтев очекивано је да ће бити задовољавајуће у доменима самопомоћи и социјализације. Одговара на оно што се од њега захтева по питању самог себе, као и на оне захтеве који се траже у односу са вршњацима и одраслима. У нижем степену корелације уочавамо рецептивни говор и самопомоћ ($r=.22, p<.001$) и рецептивни говор и социјализацију ($r=.21, p<.001$) што, према нашим подацима говори да развијен рецептивни говор има утицаја, али није пресудан фактор у домену развоја самопомоћи и социјализације. Најнижу регистровану корелацију запажамо у оквиру повезаности образовања и социјализације ($r=.20, p=.001$), која говори објективну истину да образовање није кључно у развоју социјалних односа, добре социјализације.

У статистичкој анализи постигнућа у свим доменима развоја поредили смо разлике према полу. Статистичку значајност разлике бележимо у домену грубе моторике ($p=.020$) у корист дечака и маргиналну значајност која је присутна у домену експресивни говор ($p=.190$) у корист девојчица (Табела 159).

Када смо поредили резултате процентуалних постигнућа деце на PEDS DM-у, у свим доменима развоја, према присутности родитељске забринутости, закључили смо, на основу присутних статистичких значајности, да су родитељи у стању да направе предикцију

кашњења, поремећаја развоја код своје деце у доменима: понашање ($p=.001$), однос са другима ($p=.000$) и говор ($p=.012$) (Табела 160).

У ранијој дискусији на ову тему извели смо сличне закључке, везано за однос генералне забринутости и забринутости по доменима развоја, где смо уочили да је највећа изражена забринутост у вези са понашањем детета ($p=.000$) (Табела 74) и у истом нивоу значајности у домену односа са другима ($p=.000$) (Табела 75) и маргинална значајност везана за продукцију говора ($p=.053$) (Табела 71). То значи и да се оваква забринутост генерише из генералне забринутости, из резултата видимо да је она потпуно оправдана и да јесте оправдано укључивање родитеља и сагледавање њихових забринутости.

У домену развоја фина моторика, у оквиру кога родитељи према статистичким налазима нису у стању да направе предикцију кашњења, поремећаја развоја код своје деце, према анализи постигнућа деце, увиђамо очигледно већа постигнућа код деце родитеља без забринутости (95.40%) у односу на децу забринутих родитеља (91.17%) (Табела 160).

Дискусија резултата односа идентификоване деце процењене БЕК тестом и њихових објективних постигнућа на PEDS DM тесту (Табела 161). Процентуална постигнућа деце на PEDS DM-у, у свим доменима развоја, очигледно су нижа у групи деце (двадесеторо деце) идентификоване од стране васпитача БЕК тестом. Ово нам говори у прилог тога да васпитачи објективно и сада статистиком показано, имају могућност указивања на тешкоће деце, да у својој перцепцији другачије деце њихов допринос може бити врло значајан и да на тај начин, примена предложеног инструментаријума има смисла у раном откривању деце са развојним кашњењима, сметњама у развоју. Овде нам је БЕК тестом васпитач указао на одређени број деце, стручњаци су применили предложени тест и на основу њега доказали да нижи степен постигнућа у свим доменима за ову децу заиста постоји. Вредности се разликују између идентификоване и неидентификоване деце од стране васпитача највише у домену самопомоћи за 6.02%, затим домену рецептивног говора за 2.94%, затим у просечним постигнућима у домену социјализације 2.8%, грубе моторике 2.53%, домену експресивни говор 2.14%, фина моторика за 1.66% и најниже у оквиру образовних вештина 0.79% (Табела 161).

У статистичкој анализи података корелацијом просечних процентуалних постигнућа у свим доменима на PEDS DM-у и упућивања детета према PEDS тесту смо покушали да откријемо који су предиктивни домени забринутости који објективно показују кашњење детета (према објективном тесту). На основу статистичке значајности на нивоу (0.01) уочавамо

предикцију у доменима Говор (.001), Социјализација (.000), Образовање (.005),- односно родитељским забринутостима везаним за говор, понашање детета и забринутостима везаним за образовне вештине (Табела 162).

У табели 163 дали смо преглед просечних постигнућа деце за сваки домен, а према нивоима упућивања на основу PEDSa. У тој анализи можемо видети, на пример, да Пут А (који подразумева више предикторних забринутости) у домену фине моторике и рецептивног говора не прате деца која имају нужно најнижа постигнућа у оквиру тог развојног домена на PEDS DM-у. Док код развојних домена:самопомоћ, експресивни говор, груба моторика, социјализација и образовне вештине, деца упућена према PEDS-у на пут А (деца која у 70% имају развојне поремећаје, кашњења) показују најлошија постигнућа у оквиру PEDS DM-а. Ово наводи на закључак да коришћење PEDS-а може бити предикторно у оквиру ових развојних домена, односно да резултати објективне процене, након овог упућивања и говоре да та деца имају у тим доменима највише проблема, односно највише процентуално касне у постигнућима у односу на своје вршњаке.

На основу овога, отишли смо корак више и АНОВА анализом покушали да откријемо, у нашем узорку, која су упућивања деце заснована на реално ниским процентуалним постигнућима, односно које су то предикторне области које ће родитељи уочити, а да за то имају потпуну објективну оправданост. У нашем узорку издвајају се домен социјализације (одступања која родитељ примећује код свог детета и пријављује га као забринутост) $p=.000$ и експресивни говор (родитељ је забринут за развој говора детета) $p=.004$ (Табела 164).

Дискусија дистрибуције деце идентификоване од стране васпитача према постигнућима на PEDS DM-у Од 33. деце коју су васпитачи идентификовали као децу која се другачије понашају у односу на вршњаке, двадесеторо деце је процењено и PEDS DM тестом. Налазимо следеће резултате: Највише објективног кашњења уочавамо у доменима самопомоћ и експресивни говор (само шесторо деце у оба домена показује просечна постигнућа прихватљива за тај узраст). Уочавамо кашњења 15% до 25% за домен експресивног говора код четворо деце и кашњења од преко 25% за троје деце (што према параметрима PEDS DM теста у 70% случајева имају развојни поремећај или ометеност у овом домену). У домену самопомоћи троје деце има кашњења једнако или преко 25%, док за двоје њих процена показује 15 до 25% кашњења (Табеле 166 и 171). У доменима груба моторика и образовне вештине осморо деце показује очекивана постигнућа у овим развојним доменима, остала деца су за праћење и будни надзор, док двоје њих показује кашњења једнака или већа од 25%, што

већ улази у домен поремећаја, који се у САД упућују у службе специјалне едукације (Табеле 167 и 169). Домени фина моторика и социјализација јесу, према постигнућима, после већ описаних развојних домена, а указују нам да је једанаесторо деце овог узорка постигло резултате у оквиру очекиваних за узраст. Деца која показују кашњења једнака или већа од 25% чини двоје деце у домену социјализације односно једно дете у домену fine моторике. Осталу децу, која имају кашњења између 5% и 25%, треба пратити и додатно испитати у оквиру ових способности током времена (Табеле 168 и 170). У домену рецептивни говор највећи број деце (дванаесторо) јесте у нивоу просечних постигнућа, четворо деце касни у распону од 5% до 15%, троје деце касни у развоју рецептивног говора у 15 до 25%, док је једно дете у овом домену у зашњењу једнако или више од 25% (Табела 165).

АКТУЕЛНА ПОДРШКА ДЕЦИ СА РАЗВОЈНИМ ТЕШКОЋАМА У ПУ

Тврдње васпитача

Са тврдњом „Стручна служба након што им проследим информацију да имам проблем у групи са дететом у кратком року (3 дана) започне процес опсервације детета» сагласно је у потпуности 12.3% васпитача, а слаже се 14.0% (Табела 172). Приметан је врло висок проценат неодлучности по питању ове тврдње, чак 36.8% васпитача се и слаже и не слаже (требало би тражити појашњење ове појаве, како би поставили јаснију структуру обавеза и одговорности свих учесника у васпитно образовном процесу). 36.9% васпитача није сагласно са овом тврдњом у различитом степену и у том оквиру налазимо незадовољство васпитача и можда узрок, односно потенцијалну незаинтересованост да на даље пријављују, упућују дете.

У наредној тврдњи ближе одређујемо ову дискусију. Са тврдњом „Стручна служба ми, након опсервације детета, да инструкције за рад са дететом“ у потпуности се слаже 13.1, слаже се 29.5% васпитача, слаже се и не слаже 44.3%, 9.8% васпитача се не слаже, док се 3.3% у потпуности не слаже. (Табела 173). Опет бележимо неодлучност код 44.3% васпитача и наводи нас на питање због чега? Да ли они добију повратну информацију, али са њом нису задовољни, или уз помоћ те инструкције не реше проблем који им се провлачи и у даљем провођењу активности са тим дететом или не добију адекватну подршку, односно она потпуно изостане (13.1% васпитача тврди да инструкције не добија). Поставка јасне процедуре, одредница, одговорности и права за сваког члана тима уз помоћ адекватних

инструмената, довела би до решења у којем би сви осећали задовољство у својој улози и компетенцији, а дете би било у центру адекватне подршке.

Са тврђом „За свако дете за које приметим неко одступање, издавање, другачије понашање у групи деце, обавештавам стручну службу“ сагласно је у потпуности 32.8% васпитача, слаже се 44.8%, слаже се и не слаже 15.5%, док се 6.9% не слаже (Табела 12). У одговорима на ову тврђу уочавамо да васпитачи не упуте сву децу за коју примете неко одступање, наиме 22.4% њих се у различитом степену не слаже са датом тврђом. На основу овог податка можемо тражити оправдање зашто се релативно мали број васпитача определио да попуњава БЕК, односно закључити да и поред тога, што уоче децу, информације даље не прослеђују колегама, односно стручној служби. У даљој анализи можемо тражити разлоге за овакву чињеницу.

У процесу ране идентификације и подршке деце у ПУ не постоји јасна процедура, подела одговорности, опис делокруга рада укључених у васпитно образовни процес. На основу постојећих резултата, а на основу тврђи васпитача, можемо закључити да у великом броју случајева 36.8% васпитача не добија јасну инструкцију, план и прилагођавања за рад са конкретним дететом. Сналазе се саме према свом знању и искуству 42.6% васпитачица, обраћа се колегиницама за савет када има неки проблем са дететом 75.5%, а од обавештавања стручне службе о сваком проблему који се догоди у процесу рада са децом одустало је 36% васпитача (Табела 180).

Неопходно је извршити детаљније истраживање на тему сарадње васпитача и стручне службе. На основу опречних тврђи утврђујемо да постоје различита становишта и очекивања. Једна од хипотеза може бити да васпитачи не негирају присуство стручне службе, али да начин на који стручњаци пружају подршку, инструкције и упутства нису довољно оперативне у процесу рада васпитача. 82.3% васпитача сагласно је са тврђом „Било би ми од велике користи да добијем јасну инструкцију како и шта да радим са дететом“ (Табела 179) само 17.7% васпитача је неодлучно, а против ове тврђе нема ни једног васпитача.

Како васпитачи виде присуство дефектолога као стручног сарадника и каква су им очекивања можемо сагледати кроз одговоре на следеће тврђе «Од дефектолога бих могла да добијем јасну инструкцију како да поступим, како да прилагодим активности за дете које се другачије понаша» наилазимо на слагање код 77.5% васпитача и 21% оних који се слажу и не слажу. Нико од васпитача није изразио неслагање. Оцењујемо да у високом проценту указују поверење и позитиван став према дефектологу као стручном сараднику (Табела 181). Са

тврђом „Присуство дефектолога у вртићу омогућило би ми квалитетнији рад и растерећење у раду са децом која се другачије понашају, имају неке тешкоће.» сагласно је 93.5% васпитача, не слаже се и слаже 4.8%, док само 1.6% њих изражава неслагање (Табела 182). Тврђу „Искључиво педагог и психолог, као сарадници стручне службе, могу да ми дају корисне информације о детету» потврђује 32.3% васпитача, исто толико њих се слаже и не слаже, док је неслагање изразило највише њих у овој врло изједначеној дистрибуцији 35.5%.

Тврдње васпитача по питању односа са родитељима. Према тврдњама васпитача родитељи су углавном заинтересовани у погледу активности деце у вртићу 54.3%, 11.9% није заинтересовано док је 33.9% васпитача неодлучно по питању ове тврдње (Табела 184). Родитељи се распитују за понашање детета у групи, према тврдњама васпитача, у 71.6%, неодлучно је 25% васпитача, а не слаже само 3.3% (Табела 185). Са тврђом да је ограничена у томе шта родитељима сме да кажем по питању понашања детета, слаже се 60% васпитача, слаже се и не слаже 23.3%, не слаже 16.7% (Табела 186). Васпитачи показују висок степен слагања са тврђом „Када имам проблем са дететом слободно то могу да поделим са родитељима.» сагласно је 78.4% васпитача, слаже се и не слаже 18.3%, не слаже се 3.3% (Табела 187). Уочавамо могућност за висок степен коперативности и умерену отвореност васпитача да родитеље упућује у дешавања и евентуалне тешкоће њихове деце у васпитно образовном процесу. Међутим, реалнију отворености у сарадњи кроз степен слагања васпитача са следећом тврђом „Са родитељима могу отворено да попричам о детету, његовом понашању, мојим запажањима. Наиме, слаже се само 33.4% васпитача, највећи проценат показује неодлучност (слаже се и не слаже 60%) Од почетне отворености коју показују васпитачи у првој тврђу везано за сарадњу са родитељима у детаљнијој анализи долазимо до тога да ипак промишљају, према даљим тврдњама, коме ће, како и колико рећи. (Табела 188). Наиме, 80.3% васпитача спремно је на ограничену сарадњу, дозирану и опрезану у начину и квалитету приликом обраћања родитељу. (Табела 189). Са родитељима је у површној комуникацији у смислу да даје информације само када их родитељи траже 11.7% васпитача. (Табела 190). Према тврдњама васпитача заинтересованост родитеља за активности детета у вртићу присутна је код 44.1%, неодлучно је по питању ове тврдње 49.2% васпитача, док 6.8% њих тврди да родитељи нису заинтересовани (Табела 191). Оваква дистрибуција резултата иста је и по питању тврдњи васпитача по питању заинтересованости родитеља за понашање детета у вртићу (Табела 192).

Разлог незаинтересованости родитеља због презапосленост родитеља и мањка времена за децу подржава 26.6% васпитача, слаже се и не слаже 41.7% , док се 31.7% васпитача не слаже (Табела 193).

Тврдње стручне службе ПУ

91.6% сарадника стручне службе сагласно је са тврдњом да након опсервације детета васпитачима даје инструкције на који начин да поступају са дететом и каква прилагођавања да примене, слаже се и не слаже 8.3% васпитача. (Табела 194). О томе да васпитачима даје инструкције о прилагођавању активности у васпитно образовном процесу за децу која имају сметње у развоју потврдно се изража такође 91.6% у различитом степену слагања (Табела 195). На основу ових тврдњи долазимо до закључка да чланови стручне службе, након опсервације детета, дају инструкције васпитачу као и одређена прилагођавања за дете. Из претходне анализе тврдњи васпитача, не наилазимо на потврде ових аргумената. «Након опсервације детета обавимо разговор са родитељима» Са наведеном тврдњом слаже се 50% чланова стручне службе, слаже се и не слаже 50%. Неслагање у овој тврдњи није присутно (Табела 196). Половина стручних сарадника обави разговор са родитељима док половина то не чини. Висок проценат чланова стручне службе показује неодлучност по питању спремности родитеља да прихвати њихову инструкцију, слаже се и не слаже 66.7% стручњака (Табела 197). Родитељи се према виђењу стручњака, у 58.3% обраћају за помоћ стручној служби када су из неког разлога забринути, слаже се и не слаже са овом тврдњом 41.7% док неслагање у овој тврдњи није забележено (Табела 198). Стручњаци су сагласни са тврдњом да врше праћење детета са сметњама у развоју и његових постигнућа на месечном, тромесечном, полугодишњем нивоу у 75% док неодлучност показује (слаже се и не слаже) 25% стручних сарадика. Не слагање у овој тврдњи није присутно (Табела 199). Дистрибуција одговора чланова стручне службе на тврдњи: «Након што добијем информације од васпитача да имају проблем у групи са извесним дететом, у кратком року (3 дана) започињем процес опсервације детета» Са наведеном тврдњом у потпуности се слаже 25.% чланова стручне службе, слаже се 58.3%, слаже се и не слаже 16.7%. Не слагање у овој тврдњи није присутно (Табела 200).

Наилазимо на подељеност у слагању стручњака са следећом тврдњом: »Након опсервације и разговора са родитељима, васпитачима дајемо план по коме треба да раде са дететом, прилагођавања поводом укључивања.» У потпуности се слаже 25% чланова стручне

службе, слаже се 33.3%, слаже се и не слаже 33.3%, не слаже се 8.3% (Табела 201). На тврдњу „Присуство дефектолога, као стручног сарадника у тимовима ПУ, олакшало би рад са децом која испољавају сметње или тешкоће у развоју или понашању» (Табела 202). Наилазимо на висок степен слагања у оквиру кога се у потпуности слаже 27.3.% чланова стручне службе, слаже се 45.5%, слаже се и не слаже 27.3%. Не слагање у овој тврдњи није присутно. У складу са овим јесте и степен слагања са наредном тврдњом „У стручној служби ПУ довољни су педагог и психолог, као подршка деци са сметњама и поремећајима у развоју и понашању» где се у потпуности не слаже 8.3.% чланова стручне службе, не слаже се 75%, слаже се и не слаже 16.7%. Слагање у овој тврдњи није присутно (Табела 203).

Кроз саму анализу годишњих извештаја Предшколских установа сагледали смо велики број деце спрема малог броја чланова стручне службе. Неоспорну и евидентну оптерећеност чланова стручне службе можемо поткрепити следећим подацима: Према годишњем извештају Предшколске установе Палилула Стручњак стручне службе, а према подацима о броју деце и организације васпитно образовних кадрова, у свом ангажовању, у својој делатности покрива пет стотина и шесторо деце (1:506) и четрдесет седам васпитача (1:47). Ако анализирамо профил стручног сарадника који има одређене компетенције и сходно њима одређене услуге које само он може да пружи у процесу васпитно образовног рад предшколске установе, на пример Логопед, према тој анализи, треба да сагледа хиљаду шест стотина осамдесет и седморо деце. (1:1687). Сам податак говори за себе и намеће питање смисла, могућности и организације посла стручне службе. Не постоје, инструменти за откривање, утврђене процедуре за подршку деце. Логопедски рад у бити се састоји од рада са васпитачима, давања консултација и евентуалног осмишљавања едукација у виду радионица за равој говора и језика. Оптерећеност чланова стручне службе смо покушали да сагледамо и кроз степен њиховог слагања са следећом тврдњом „Превелики број деце покрива један стручни сарадник на терену у оквиру ПУ (Табела 204). Са наведеном тврдњом у потпуности се не слаже 16.7% чланова стручне службе, не слаже се 41.7%. слаже се и не слаже 41.7%. Слагање у овој тврдњи није присутно иако смо га очекивали с обзиром на већ приказани аргумент оптерећења кроз бројке годишњих извештаја. Очигледно је да чланови стручне службе на субјективном нивоу не осећају овакву врсту оптерећења, односно показују висок степен неодлучности по питању истог. Интересантно би било детаљно испитати ову хипотезу кроз детаљну анализу задужења и одговорности у оквиру њихове делатности у Предшколској установи. Према даљим анализама тврдњи чланова стручне службе уочавамо да на месечном нивоу васпитачи

просечно траже помоћ на терену око 6 пута. Минимум два, максимум двадесет пута (Табела 205). Опсервацију деце по позиву један стручни сарадник обавио је током истраживачке године у просеку 89 пута, минимум двадесет, максимум 304 опсервације (Табела 206). Један стручни сарадник на терену опсервира у просеку 12 вртића, минимум пет, максимум тридесет и три (Табела 207). Један стручни сарадник на припадајућем терену у просеку обилази стопедесет група деце, најмање четрнаест, максимум 712 (Табела 208). Један стручни сарадник на терену покрива у просеку 3250 деце. Минимум 1100, максимум 3800 (Табела 209).

Приликом анализе односа одговора васпитача (57 васпитача) и чланова стручне службе (12 чланова стручне службе) на тврдње исте садржине, а само на основу учесталости одговора у различитом степен слагања/ неслагања уочили смо да постоје разлике. Уз помоћ Т теста извршили смо поређења и добили статистичке значајности које су се показале по питању следећих тврдњи „Стручна служба након што им проследим информацију да имам проблем у групи са дететом у кратком року (3 дана) започне процес опсервације детета“ / „Након што добијемо информације од васпитача да имају проблем у групи са извесним дететом, у кратком року (3 дана) започињем процес опсервације детета“ постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=3.558$, $df=66$, $p=.001$) (Табела 210), затим код тврдњи „Стручна служба ми након опсервације детета да инструкции за рад са дететом“ / „Након опсервације детета васпитачима дајемо инструкции на који начин да поступају са дететом и каква прилагођавања да примене.“ постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=-4.418$, $df=67$, $p=.000$) (Табела 211). Статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=-4.418$, $df=67$, $p=.000$) (Табела 212) присутна је у односу тврдњи „Стручна служба ми након опсервације детета да инструкции за рад са дететом“/ „Васпитачима дајем инструкции о прилагођавању активности у васпитно образовном процесу за децу која имају сметње у развоју“. Затим резултати односа тврдњи васпитача према тврдњама чланова стручне службе: „Стручна служба ми да план по ком треба да радим са тим дететом и одређена прилагођавања која треба да чиним како би оно било потпуно укључено“ / „Након опсервације и разговора са родитељима, васпитачима дајемо план по коме треба да раде са дететом, прилагођавања поводом укључивања.“ такође показује да постоји статистички значајна разлика у одговорима васпитача и стручне службе ($t=-2.503$, $df=67$, $p=.000$) (Табела 213).

„Искључиво педагог и психолог као сарадници стручне службе могу да ми дају корисне информације о детету“/ “У стручној служби предшколске установе довољни су

педагог и психолог као подршка деци са сметњама и поремећајима у развоју и понашању.“ ($t=2.653$, $df=72$, $p=.010$) (Табела 216).

Статистичку значајност у оквиру односа тврдњи везаних за присуство дефектолога као стручног сарадника у ПУ које би олакшало рад са децом која испољавају кашњења у развоју, развојне сметње, не постоји. Наиме у овој тврдњи постиже се сагласије између васпитача и стручних сарадника у позитивном смеру. ($t=1.173$, $df=72$, $p=.244$) (Табела 214). Као и по сличном основу који се тиче квалитетнијег рада и растерећења у раду са децом која се другачије понашају. ($t=1.414$, $df=71$, $p=.162$) (Табела 215). Утврђујемо да обе стране, васпитачи и стручна служба, у овом процесу идентификације и подршке деце са сметњама/кашњењима у развоју евидентирају потребу за укључивањем дефектолога и виде његово присуство као кључ квалитетнијег рада са овом децом. Дефектолог као стручни сарадник није присутан и законски није предвиђено његово место у тиму, осим у развојним групама вртића где обавља своју делатност у виду спровођења индивидуалних васпитно образовних планова.

Актуелна подршка кроз анализу планова и извештаја рада предшколских установа палилула и раковица

У анализираним Извештајима / Плановима ПУ не постоје информације о процедури идентификације деце са сметњама у развоју, њиховом праћењу нити о системима подршке истој. Уочили смо само аспекте подршке деци са видљивим сметњама и тешкоћама која се као таква уписују у васпитно образовне установе.

Представимо податке од значаја за анализу са становишта наше студије. Стручњак стручне службе Палилула, према подацима о броју деце и организације васпитно образовних кадрова, у свом ангажовању покрије пет стотина и шесторо деце (1:506) и четрдесет седам васпитача (1:47). Логопед у свом домену рада одговоран је за хиљаду шест стотина осамдесет и седморо деце. (1:1687). Број деце у ПУ Палилула износи 5063, распоређено у 242 групе док у ПУ Раковица уочавамо за трећину мање, 3660 деце распоређене у 149 група. Ови подаци дају нам увид у степен оптерећења чланова васпитно образовног кадра.

Програми предшколске установе Палилула који су од значаја за нашу анализу:

Програм рада са децом са сметњама у развоју. На општини Палилула укључивање деце са сметњама у развоју врши се на три нивоа: *У редовној васпитној групи* (Индивидуализован

начин рада - отклањање физичких и комуникацијских препрека у Установи уз уважавање одређених принципа датих детаљно у представљеном извештају). У *редовној васпитној групи уз додатну подршку и ИОП* (додатни нивои подршке у виду израде индивидуалног образовног плана и обезбеђивање подршке васпитачу у реализацији истог као и прилагођавање окружења.) У *развојној групи на основу ИОП-а*. Укључује децу са тежим сметњама у развоју. ИОП се може израђивати по прилагођеном програму (ИОП-ПП) и измењеном програму (ИОП-ИП). За израду ИОП-а по измењеном програму, стручни тим за инклузивно образовање прибавља и мишљење интерресорне комисије која процењује потребе за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком детету.

Програми стручне подршке породици: *Информисање* (општи родитељски састанци и састанци по групама вртићима, индивидуални разговори са родитељима, панони за родитеље, „дан отворених врата“), *Едукација* (тематски родитељски састанци током године, приредбе, свечаности, изложбе, кутак за родитеље...); *Директно учешће* (учешће родитеља у адаптацији, планирању и реализацији тема, радионица, играоница за децу и са децом, уређење собе за родитеље, оплемењивање простора, набавка и израда средстава, играчака, костима за позоришне представе, уређивање и опремање дворишта са разноврсним реквизитима и справама, припрема и реализација свечаности у вртићу, посете радним местима родитеља специфичних занимања, излети и активности у природи, обележавање Дечје недеље, новогодишњих и божићних празника, ускршњих чаролија, продајне изложбе у циљу набавке одређених средстава (дидактике, играчака, аудио визуелних средстава), учешће у хуманитарним акцијама...))

У ПУ Палилула постоји „Тим за инклузивно образовање“ који именује „Тим за пружање додатне подршке детету“. Овај тим чине: васпитач, медицинска сестра-васпитач, стручни сарадници, сарадници, родитељ или старатељ, а по потреби, педагошки асистент и стручњак ван установе. Овај тим израђује педагошки профил детета. Утврдили смо да у тиму нема стручњака из области специјалне едукације и рехабилитације који има компетенције (на основу теоријских и практичних садржаја стечених током студија) за израду ИОПа и прилагођавања које треба учинити за дете. Стручњаци овог профила у могућности су да добро процене способности детета и спрам тога помогну васпитачима, педагозима, родитељима у прилагођавању садржаја, активности за свако конкретно дете.

У оквиру представљених програма у плану/извештају, нема изложених показатеља, индикатора који би евалуирани одвијање ових програма каква су остварења, напредак или евентуалне тешкоће на које се наилази у раду.

Предшколска установа Раковица Не налазимо конкретне програме, осим за децу са тешкоћама која борава у једној развојној групи вртића «Душко Радовић». У Извештају се описује сарадња ПУ са Домом здравља Раковица (у циљу обављања систематских прегледа: стоматолог, педијатара, офталмолог и сл.) у оквиру које не постоји опис сарадње у циљу подршке деци са сметњама у развоју и сарадње на нивоу васпитно образовног процеса. У дому здравља своју делатност обављају логопед и психолог у главној згради, један педијатар диспанзера укључен је у интерресорну комисију на нивоу општине. Све области извештаја које говоре о повезивању са локалном заједницом, и делокругом рада стручних сарадника, указују на могућност развијања мреже подршке детету са сметњама које се уписује у ову установу.

Предлог процедуре идентификације и подршке деце са кашњењима/сметњама у развоју

Већ на основу попуњеног PEDS-а (који захтева пет минута родитељског времена), стручна служба може имати увид у степен забринутости родитеља, уочити предиктивне забринутости и у складу са тиме упутити дете и осмислити подршку за њега у оквиру Предшколске установе. За васпитаче у исто време предвиђамо коришћење БЕК теста на основу кога ће стручна служба добити детаљнији увид у могућности и тешкоће детета у истим доменима развоја (које је забринутост оценио родитељ) према оцени васпитача, а у оквиру васпитно образовног процеса. Уколико постоје индикације на основу смерница оба инструмента, стручна служба ће применити PEDS DM. Уколико PEDS DM покаже објективна кашњења детета у било ком развојном домену, у плану рада и прилагођавањима, а на основу показатеља свих инструмената, биће осмишљен план подршке и стимулативни програм за дете на нивоу Установе. Упућивање детета такође може бити остварено на локалном нивоу (према већ постављеној протоколарној сарадњи са развојним саветовањем) или централном нивоу према специјализованој установи на територији Републике Србије. Уколико нема предиктивних забринутости на основу PEDSa и БЕКа, стручна служба прави план праћења развоја ове деце и налаже инструктивни и едукативни рад са родитељима.

На овај начин би се пружила подршка детету у свим сегментима социјалног окружења, обезбедила стимулација развоја у развојним доменима у оквиру којих смо констатовали кашњење и на тај начин предупредили проблеми и тешкоће који могу настати у каснијем узрачном периоду, а посебно при сусрету детета са обавезама и очекивањима у школском систему. У овом периоду пластичитет можданих структура дозвољава нам пријемчивији утицај саме стимулације у пољу наредне зоне развоја и даје аргумент за поставку овакве процедуре.

Подршка препоручена према стандардној процедури након примене PEDSa на нашем узорку

Петоро деце нашег узорка (1,7%), на основу две или више забринутости у вези бриге о себи, социјалним и школским вештинама, способностима језичког разумавања треба упутити на интелектуално и образовно процењивање, аудиолошко тестирање и тестирање говора и језика. Размотрити да ли је породицу потребно упутити у службе социјалне заштите, центре за социјални рад или службе за ментално здравље односно на окупациону/физикалну терапију.

80 деце (27.7%) издвојено је из нашег узорка на основу једне значајне забринутости родитеља. Према процедури коју предлаже PEDS ову децу треба проценити инструментом за процену развоја (PEDS DM) (ми смо их према пројекту истраживања већ проценили) или упутити негде на такву врсту процене. Уколико деца покажу задовољавајуће резултате на овој процени родитељима морамо дати конкретне савете у доменима њихових забринутости и будно пратити развој ове деце. Уколико на додатној процени не покажу задовољавајуће резултате, у доменима којима се издвајају тешкоће треба направити детаљнију процену, уочити капацитете и слабости деце и укључити компетентне стручњаке.

75 деце (26%) издвојено је из нашег узорка на основу незначајних забринутости. Родитељима ове деце треба дати савете (писмена упутства) у оквиру домена у којима изражавају забринутости и за неколико недеља проверити напредак деце, и ефекте поступања родитеља. Уколико се ово не покаже као делотворно, потребно је применити инструменте за проверу емоционално/бихејвиоралних проблема и према потреби дете упутити на даљу процену. У осталим случајевима родитеље укључити у едукацију за родитеље, бихејвиоралну интервенцију и сл.

129 деце (44.6%) рутински испитати родитељску забринутост кроз пола године.

У оквиру предшколске установе могуће је испратити целу процедуру уколико прихватимо примену инструмената који су испитани у овој студији PEDS (родитељ) PEDS DM (стручна служба) и БЕКа (васпитач).

У конкретном програму подршке за свако дете треба користите ајтеме ПЕДС ДМа на којима су деца била неуспешна, као референтни оквир осмишљавања активности које би им пружиле конкретну помоћ. За свако дете, у досијеу, на основу овакве процедуре имали би процентуална постигнућа детета у сваком домену развоја, процену детета са три значајна аспекта (од стране родитеља, васпитача и стручног сарадника) као и путеве и процедуре ка којима треба упутити дете односно родитеља.

Ограничења ове студије и идеје за даља истраживања

У делу испитивања тренутне праксе ПУ у идентификацији деце која се другачије понашају детаљније треба испитати опречне тврдње стручне службе и васпитача. Показали смо статистички значајну разлику у одговорима на исте тврдње у оквиру којих Стручна служба тврди да даје инструкције и подршку, а васпитачи исказују незадовољство или неслагање са истим у врло високом степену. Са друге стране анализом доступних извештаја утврдили смо велику оптерећеност чланова стручне службе са једне и према њиховим тврдњама субјективно запажање да нису оптерећени, са друге стране. Сматрамо да смо ограничени у броју података на ову тему и да овде можемо отворити ново истраживачко поље.

У самој ПУ ограничени смо били у отворенијем приступу родитељима (према закону, у предшколској установи, стручна служба нема ингеренције у дијагностичким процедурама) којима приликом примене инструмената треба детаљније објаснити разлог тестирања деце и њихову потенцијалну корист од тога. Наша претпоставка је да би на тај начин наишли на бољи одазив родитеља и усмеренију сарадњу.

Корак даље у истраживањима на ову тему била би поставка студије која прати резултате предложене процедуре идентификације и подршке деце коју нуди ова докторска дисертација. Треба поставити програм према нашим препорукама и испитати овако предложени систем идентификације и подршке. Као контролна група могао би се користити узорак наше студије у коме смо извршили идентификацију, а нисмо спровели систем подршке овој деци. Наставак би такође могао да се односи и на испитивање постигнућа ове деце у школском систему. Пронаћи децу за коју су родитељи имали једну или више предиктивних забринутости, сагледати евентуалне тешкоће, успех у школи, посматрати постигнућа у односу на децу чији родитељи нису имали забринутости. Такође би могли да евидентирамо децу која су у нашој студији показала објективна кашњења преко 10% (у свим или појединим развојним доменима) у школском систему и сагледамо њихове евентуалне тешкоће: присутност, врста тешкоће, у којим доменима и у ком степену.

Предложену процедуру и инструменте испитати у условима примарне здравствене службе, на нивоу домова здравља који имају развојна саветовалишта. Истражити забринутости родитеља у педијатријским посетама и цео систем идентификације деце испитати у том систему. (Када педијатар уочи већи степен забринутости, прослеђује дете и

родитеља дефектологу развојног саветовалишта. Дефектолог на основу ПЕДС ДМа утврђује евентуална кашњења детета, одређује додатне процене које треба извршити. Обезбеђује едукацију родитеља и комуникацију са васпитно образовном установом у коју дете иде.) Узети минимум две општине на којима постоји дефектолог у развојном саветовалишту.

Истражити да ли код деце, код које је утврђено да касне 25% и више у различитим доменима развоја (у једном или у више домена истовремено), можемо уочити тешкоће, значајна развојна кашњења које се према досадашњим студијама, испољавају у 70% ове деце. Одговорити на питање јесте ли неопходна интервенција специјалног едукатора/дефектолога код ове деце.

Ефекте предлога овакве врсте интервенције и подршке истражити кроз пилот пројекат осмишљен са свим параметрима који се овде нуде уз контролну групу и уз присуство дефектолога као стручног сарадника. Додатни фокус или посебна студија може се односити на утврђивања делокруга рада чланова стручне службе, подела одговорности и задужења ка боље утврђеној процедуралној активности процеса идентификације и подршке деце са развојним кашњењима/сметњама.

VI ЗАКЉУЧЦИ

У складу са постављеним истраживачким циљевима, добијени резултати истраживања и њихова статистичка анализа, дају потпунији увид у постојећу праксу идентификације, процене и подршке деци са развојним кашњењима и развојним сметњама у предшколским установама и потреби увођења нових инструмената у ову процедуру. Они би допринели препознавању основних области тешкоћа детета, прецизнијој детекцији основних слабости и снага, како би се васпитно-образовни процес усмерио у правцу умањења сметњи и јачања преосталих потенцијала.

- Васпитачи су посредством БЕК-а уочили највише тешкоћа у оквиру: нижег богатства идеја и креативности код 60% деце, изражене стидљивости 53.3%, проблема у домену пажње и концентрације 53.3%, фине моторике 51.7%, присутности моторичког немира 48.3%, а код 48.2% деце у области развоја говора постоје тешкоће у стварању гласова, а код 46.6% тешкоће у рецептивном говору. У оквиру когниције, у класификацији има тешкоће 37.9% деце. Положај деце у групи, оцењен од стране васпитача, говори да 33,3% деце има тешкоћу. Моторика је компромитована код 31%. Груба моторика слабија код 27.5%. Агресију при контакту са васпитачицом показује 27.5%, страх од близине показује 26.7%. У домену Самосталности благо је изражен проблем код 20.7%. И у осталим развојним доменима, које покрива БЕК, васпитачи су уочили благе тешкоће у нешто мањој заступљености.
- Поређењем резултата процене помоћу БЕК теста (који су користили васпитачи) и PEDS-а (који су користили родитељи), можемо закључити да је БЕК процена показала више развојних кашњења у доменима понашања, односа према другима, говора, фине и грубе моторике, у односу на родитељске забринутости изказане PEDS-ом. С друге стране, изван број родитеља је изразио забринутост, а васпитачи ту децу нису приметили ни описали као децу која се издвајају.
- Проценом деце идентификоване од стране васпитача PEDS DM тестом детектована су деца са значајним развојним кашњењима: 10-15% деце показује кашњење преко 25% у доменима експресивни говор, самопомоћ, груба моторика, образовне вештине и социјализација. Кашњења једнака или већа од 25%, према критеријумима PEDS DM улазе у домен поремећаја и деца се упућују у службе специјалне едукације. Око 20 % деце овог узорка показује кашњење од 15-25% у свим испитиваним доменима, што

захтева даље праћење, додатно испитивање и будни надзор. Може се закључити да су васпитачи у прилици да идентификују децу с израженим тешкоћама, али је неопходно увођење инструмента (попут БЕК теста) за идентификацију блажих и суптилнијих развојних кашњења.

Овим налазима можемо да потврдимо хипотезу 1 да ће увођење БЕК процене васпитачима, путем свакодневног посматрања, олакшати рано откривање заостајања у развоју и неуобичајено понашање деце, као и регистрацију, разврставање и сарадњу са стручном службом.

- На основу идентификације развојног статуса деце, без инструмената, генералну забринутост за своје дете изражава 30.1% родитеља. Виши степен забринутости исказују родитељи деце узраста преко шест година (69.4%) у односу на родитеље деце млађег узраста. Анализа родитељске забринутости, без инструмента, према доменима развоја, показује да је 11.07% родитеља забринuto за понашање детета, 3.47% за однос са другима, 0.35% у области фине моторике и исто толико за грубе моторичке способности. Увођењем PEDS теста у родитељску процену развојног статуса, констатује се највише забринутости за понашање детета (30.8%), затим за говор (26.3%), за слагање детета са другима (21.1%), за фину моторику (3.1%) и најмање за грубу моторику детета (2,4%). Постоји значајна повезаност генералне забринутости родитеља и исказане забринутости у погледу понашања ($\chi^2=17.861$, $df= 2$, $p=.000$) и у погледу слагања са другима ($\chi^2=22.571$, $df= 2$, $p=.000$).
- Према резултатима PEDS-а потврђено је да 44.6% деце узорка не захтева детаљнију процену и надгледање, односно да 55.4% деце иде у даљу процедуру: праћење, надгледање, дијагностику, подршку. Пут Б, са присутном једном предиктивном забринутости, тј. неопходну додатну процену, треба да прати 27.7% деце нашег узорка. 26% деце узорка треба водити путем Ц, надгледати и проверавати напредак развоја и едуковати родитеље. Код 1,7% деце узорка родитељи показују више предиктивних забринутости и они треба да се упуте на Пут А, који подразумева услуге специјалне едукације.
- Генерална забринутост родитеља, без инструмента, у свим узрасним категоријама, јесте присутна у степену који показују и стандардизовани тестови. Недостаје структура и артикулација родитељске забринутости коју, без конкретног усмеравања путем теста

и након тога профилисаног начина праћења деце (на основу утврђеног начина тумачења родитељске забринутости), даље не можемо третирати. Закључујемо да је утврђена родитељска забринутост незаобилазни, важан елемент у процесу ране идентификације деце са кашњењима, сметњама у развоју.

Ови резултати потврђују хипотезу 2 да ће увођење родитељске евалуације развојног статуса детета (PEDS) родитељима омогућити објективнију развојну процену детета и упутства за пожељну родитељску праксу.

- Према анализи процентуалних постигнућа у испитиваним доменима развоја PEDS DM тестом утврђујемо најнижу средњу вредност у области експресивног говора (91.15%), затим у области академских вештина-образовање (92.92%), грубе моторике (93.07%), социјализације (93.38%), самопомоћи (93.7%), fine моторике (95.2%), а најбоља постигнућа у области рецептивног говора (96.96%).
- На читавом узорку деце (285 деце), коришћењем истог инструмента, у домену fine моторике издвајамо 3.2% деце са развојним кашњењем у категорији 25% и више; у домену Самопомоћ 2.8% деце; у домену рецептивног говора у категорији 25% и више имамо 1.7% деце; у домену експресивни говор 7.6% деце, а кашњења у развоју у домену грубе моторике у категорији 25% и више код 7.5% деце. 6.4% њих има 25% и више развојног кашњења у односу на вршњаке у домену социо-емоционалног развоја, а 7.3% деце у домену академских вештина. Овакви резултати нам говоре да је одређен број деце неопходно надгледати и додатно проценити у оквиру сваког развојног домена, осмислити подршку за њих у васпитно-образовном систему и едуковати родитеље, како би подржали даљи напредак деце.
- Постоји доследна позитивна повезаности различитих домена развоја. Само три од укупно 21. коефицијента корелације није статистички значајан. То су груба моторика и експресивни говор ($r=.143$; $p=.016$), груба моторика и образовање (академске вештине) ($r=.108$; $p=.071$), груба моторика и самопомоћ ($r=.137$; $p=.022$). Повезаност постигнућа у развојном домену fine моторике у уској вези је са образовним вештинама ($r=.31$; $p<.001$), самопомоћи ($r=.26$; $p<.001$), рецептивним говором ($r=.24$; $p<.001$), експресивним говором ($r=.24$; $p<.001$) и грубом моториком ($r=.24$; $p<.001$). Експресивни говор и социјализација су у тесној вези ($r=.29$; $p<.001$), као и са доменом

академских постигнућа-образовних вештина ($r=.29$; $p<.001$). У степену повезаности, што је и очекивано, јесу рецептивни и експресивни говор ($r=.26$; $p<.001$), самопомоћ и социјализација ($r=.24$; $p<.001$). У овој анализи истиче се и повезаност рецептивног говора и самопомоћи ($r=.22$; $p<.001$), као и рецептивног говора и социјализације ($r=.21$; $p<.001$). Међу најнижим регистрованим корелацијама примећујемо однос образовања и социјализације ($r=.20$, $p=.001$), која говори објективну истину да образовање није кључно у развоју социјалних односа.

- Разлике према полу, статистички анализирани према постигнућима у свим доменима развоја, бележе статистички значајну разлику у домену грубе моторике ($p=.020$) у корист дечака и маргиналну значајност која је присутна у домену експресивни говор ($p=.190$) у корист девојчица.

На основу приказаних резултата потврђује се хипотеза 3 да ће увођење PEDS DM инструмента стручним службама обезбедити прецизан, валидни, развојно бижејвиофални скрининг, који пружа могућност откривања, праћења и контроле развоја детета и одређење свих процедура ране интервенције.

- У постојећој процедури предшколских установа не постоји процедура у оквиру које се бавимо родитељским забринутостима. У ситуацији када се инструмент користи, више родитеља је спремно да изрази забринутост, него када инструмента нема.
- 77.4%, васпитача тврди да уочава децу која се на неки начин разликују од просечне деце. Од укупно примећене деце, према истим тврдњама, упућивање стручној служби изврши за 77.6%, док 22.4% деце остане по страни. Закључујемо дакле да постоји висок проценат деце која остају примећена, али не и упућена у даљу процедуру.
- 36.8% васпитача не добија јасну инструкцију, план и прилагођавања за рад са конкретним дететом, 42.6% се сналази сама према свом знању и искуству, 75.5% васпитачица обраћа се колегиницама за савет када има неки проблем са дететом 36% одустала од тога да обавештава стручну службу о сваком проблему који има у групи са децом.
- Постоје статистички значајне разлике у одговорима васпитача и стручне службе по питањима: започињања опсервације детета ($t=3.558$, $df=66$, $p=.001$), давања

инструкција васпитачу након опсервације ($t=-4.418$, $df=67$, $p=.000$), прилагођавања приступа детету ($t=-4.418$, $df=67$, $p=.000$).

- Васпитачи и чланови стручне службе показују висок степен слагања, исказан статистичком значајношћу, по питању тврдњи о потреби дефектолога као стручног сарадника у оквиру предшколских установа. У процесу идентификације и подршке деце са сметњама/кашњењима присуство дефектолога виде као кључ квалитетнијег рада са овом децом.
- На основу резултата процене стучњака деци је неопходна подршка у доменима: експресивни говор, академске вештине-образовање, груба моторика, социјализација, самопомоћа, фина моторика. У актуелној пракси ПУ не постоје програми подршке деци са кашњењима/сметњама у развоју. Постоје програми подршке деци са видљивим сметњама и тешкоћама која се као таква уписују у васпитно образовне установе, нема изложених показатеља, индикатора који би евалуирани ефикасност истих.

С обзиром на изнесене закључке, као и чињеницу да један стручни сарадник (педагог или психолог), у предшколским установама у којима је вршено истраживање, на терену покрива у просеку 3250 деце и 47 васпитача, а логопед 1687 деце, можемо прихватити хипотезу 4 да постојећи систем подршке деци са сметњама у развоју није свеобухватан и потпун.

Предлог процедуре идентификације, праћења и подршке деце са развојним кашњењима/сметњама у предшколским установама и критеријуми за израду индивидуалних образовних планова.

- У обавезну процедуру раног откривања деце са развојним кашњењима/сметњама, њиховог праћења и подршке у предшколским установама неопходно је уврстити примену инструмената који су испитани у овој студији PEDS (родитељ) PEDS DM (стручна служба) и БЕКа (васпитач).
- На основу PEDS-а, стручна служба има увид у степен забринутости родитеља, уочава предиктивне забринутости и у складу са тиме упућује дете и осмишљава подршку за

њега у оквиру Предшколске установе. Коришћењем БЕК теста (за васпитаче) стручна служба сагледава могућности и тешкоће детета у свим доменима развоја, а у оквиру васпитно образовног процеса.

- Стручна служба применом PEDS DMA (на основу индикација PEDSa и БЕКа) уочава потенцијална, објективна кашњења детета у свим развојним доменима, према томе одређује прилагођавања и стимулативни програм за дете. Уколико објективна кашњења (PEDS DM) не постоје, стручна служба прави план праћења развоја ове деце и налаже инструктивни и едукативни рад са родитељима и васпитачима у пољу приказаних забринутости и тешкоћа на основу PEDSa и БЕКа.
- Дете које покаже развојна кашњења једнака или већа од 25% (PEDS DM) неопходно је упутити на даљу процену у референтне установе.
- У програму подршке, за свако дете, треба користите ајтеме на којима су деца била неуспешна (PEDS DM), опише слабости и тешкоћа родитеља (PEDS) и васпитача (БЕК) као референтни оквир осмишљавања активности које би пружиле конкретну помоћ детету. Постигнућа детета у процентима у сваком развојном домену и ајтеми на којима је дете показало слабост односно потенцијал служе нам као полазиште и критеријум за израду индивидуалних образовних планова.

ЛИТЕРАТУРА

ЛІТЕРАТУРА

1. Als, H. (1997). Earliest intervention for preterm infants in the newborn intensive care unit. In M. Guralinick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 47-76). Baltimore: Brookes Publishing.
2. Anderson, L., Shinn, C., & Fullilove, M. (2003). The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *American Journal of Preventative Medicine*, 24(3), 32-46.
3. Ann Pietrangelo (2013) SymptomeMedically Reviewed on May 30, 2013 by George Krucik, MD, MBA <http://www.healthline.com/symptom/developmental-delay>
4. Aos, S., Miller, M., & Mayfield, J. (2007). *Benefits and costs of K–12 educational policies: evidence-based effects of class size reductions and full-day kindergarten. Initial report*. Document no. 07-03-2201. Olympia: Washington State Institute for Public Policy. Accessed January 12th 2012, available at: <http://www.wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=07-03-2201>
5. Australian Early Development Index, AEDI, 2009.
6. Aylward, G.P., (1995). *Bayley Infant Neurodevelopmental Screener*. San Antonio, TX. Psychological Corporation.
7. Bailey, A., Hebbeler, K., Scarborough, A., Spiker, D., & Mallik, S. (2004). First experiences with early intervention: A national perspective. *Pediatrics*, 113, 887-896.
8. Bailey, D.M. (1994). Working with families of children with special needs. In Wolery, M., & Wilbers, J.S. (Eds.), *Including children with special needs in early childhood programs* (pp. 23-44). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
9. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition* (Bayley–III; Bayley, 2006)
10. Baker et al. (1999). *Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY)*.
11. Бала, Г. (2002). Структуралне разлике моторичких способности дечака и девојчица у предшколском узрасту. *Педагошка стварност*, XLVIII, 9-10, (744-751).
12. Barbouth, D. & Brosco, J., *Pediatric Case Review*, 2002; 2:(1), 33-45; Merrick, J. & Carmeli, E., *Journal of Pediatrics and Neonatology*, 2004; 4: 1-10.
13. Bar-Zeev, S.J., Barclay, L., Farrington, C., & Kildea, S. (2012). From hospital to home: the quality and safety of a postnatal discharge system used for remote dwelling Aboriginal mothers and infants in the top end of Australia. *Midwifery*, 28(3), (366–373).

14. Barlow, J., Davis, H., McIntosh, E., Kirkpatrick, S., Peters, R., Jarrett, P. & Stewart-Brown, S. (2008). The Oxfordshire Home Visiting Study: 3 Year Follow-up. Available at: <http://www.herc.ox.ac.uk/research/homevisitttrial> University of Warwick institutional repository: <http://go.warwick.ac.uk/wrap>
15. Barnett, W.S., & Escobar, C.M. (1990) Economic Cost and benefits of early intervention. P. editors Meissels SJ., Shonkoff JP., *Handbook of Early Childhood Intervention* (560-582) Cambridge University Press.
16. Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development, third edition*. San Antonio, TX: Pearson Education, Inc.
17. Bayley, N. (1969). *Bayley Scales of Infant Development*. San Antonio, TX: ThePsychological Corporation.
18. Begriffe, B. (2003). *Sprache, Behinderung, Integration*. Bundessozialamt, Integration Österreich. Wien.
19. Bennett, J. (2007). Results from the OECD Thematic Review of Early Childhood Education and Care Policy 1998–2006. *UNESCO Policy Brief on Early Childhood*, 41. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Accessed at 12 January 2012, available at: <http://unesdoc.unesco.org/Ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=154773&set=4F0E7F10>
20. Berger, E. H. (1995). *Parents as partners in education: Families and schools working together*. Englewood Cliffs, NJ: Merrill.
21. Bernett, W.S. (1998). Long Term Effects on Cognitive Development and School Success In Bernett, W.S., & Boocock, S.S. (Eds.) *Early Care and Education for Children in Poverty, Promises, Programs and Long Term results*, State University of New York ISBN 0-7914-3619-5.
22. Berrueta-Clement, J.R., Lawrehce, J., Schweinhart, Barnett, W.S., Epstein, A.S. & Weikart, D.P. (1984). Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, Number Eight, CHANGED LIVES The Effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age 19, ISBN 0-931114-28-4, available at: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED313128.pdf>.
23. Bierman, J.M., Connor, A., Vaage, M., & Hoznik, M.P. (1964). Pediatricians asseecment of the intelligence of twoyear-olds and their mental test scores. *Pediatrics*, 43, 680-690.
24. Blair, C., & Ramey, C. (1997). Early intervention for low-birth-weight infants and the path to second-generation research. In Guralinick, M. (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 77-98). Baltimore: Brookes Publishing.

25. Bloch, J.S., & Seitz, M. (1989). Parents as assessors of children: A collaborative approach to helping. *Social Work in Education*, 226-244.
26. Boocock, S.S. (1998). Preschool Programs in Programs for Children in Poverty Quality. In Bennett, W.S., & Boocock, S.S. (Eds.) *Early Care and Education for Children in Poverty, Promises, Programs and Long Term results*, State University of New York, ISBN 0-7914-3619-5.
27. Boyle, CA., Decoufle, P., Yeargin-Allsopp, M. (1994) Prevalence and health impact of developmental disabilities in U.S children. *Pediatrics* 93, (399-403)
28. Borg, T., & Paul, A., (2004). Indigenous Parenting Project: main report. Melbourne: Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care Incorporated. Accessed September 1st 2013, available at: http://www.snaicc.org.au/_uploads/rsfil/01815.pdf
29. Bowes, J., & Grace, R. (2014). *Review of early childhood parenting, education and health intervention programs for Indigenous children and families in Australia. Issues paper no. 8*. Produced for the Closing the Gap Clearinghouse.
30. Bowes, J., Harrison, L.J., Sweller, N., Taylor, A. & Neilsen-Hewett, C. (2009). From child care to school: influences on children's adjustment and achievement in the year before school and the first year of school. Findings from the Child Care Choices Longitudinal Extension Study. *Research report to the NSW Dept of Community Services. Sydney: Children and Families Research Centre, Macquarie University & Bathurst: School of Teacher Education, Charles Sturt University*. Viewed 12 January 2012, <http://www.community.nsw.gov.au/docswr/_assets/main/documents/research_childcare_school.pdf>.
31. Bowes, J., Kitson, R., Simpson, T., Reid, J.A., Smith, M., Downey, B. et al. (2011). *Child care choices of Indigenous families. Research report to the NSW Department of Human Services*. Sydney: Children and Families Research Centre, Macquarie University & Dubbo: School of Teacher Education, Charles Stuart University. Accessed January 12th 2012, available at: http://www.iec.mq.edu.au/research/cfrc/research_approaches/education_giftedness_disadvantage/child_care_choices_of_indigenous_families/
32. Branson D.M.(2007). *Child care provider practices regarding screening, referral and inclusion of children with autism*. University of Nevada, Reno
33. Branson, D.M. (2009). *Effect of Using the Ages and Stages Questionnaires on Childcare Providers' Developmental Assessment Ability*. University of Nevada, Reno.

34. Bredekamp, S., & Copple, C. (1997). Developmentally appropriate practice in early childhood programs (Revised ed.). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
35. Brewer, E.J., McPherson, M., Magrab, P.R., & Hutchins, V.L. (1989). Family-centered, community-based, coordinated care for children with special health care needs. *Pediatrics*, 83, 1055-1060.
36. Brigence H.A. (1985) Preschool Sreens, Inc. North Billerica, MA 1862, ISBN 0-7609-3167-4 Curriculum Associates, Inc. <http://www.casamples.com/downloads/9822s.pdf>
37. Bricker, D., & Squires, J. (1999). *Ages and Stages Questionnaires: A parent-completed, child monitoring system*. Baltimore: Brookes Publishing
38. Bronfenbrenner, U., & Evans, G. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9, 119-125.
39. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
40. Brooks-Gunn, J., Gross, J., Kraemer, H., Spiker, D., & Shapiro, S. (1992). Enhancing the cognitive outcomes of low birth weight, premature infants: For whom is early intervention most effective? *Pediatrics*, 89, 1209-1215.
41. Broussard, E.R. & Hartner, M. S. S. (1971). Further considerations regarding maternal perception of the firstborn. In J. Hellmuth (Ed.), *Exceptional infant: Studies in Abnormalities*, Vol. 2. New York: Brunner/Mazel.
42. Brown, W.H. (1997). Family-Centred Practices and Inclusive Early Childhood Programs. In Brown H.W., & Conroy A.M. (Eds.), *Including and Supporting Preschool Children*, (pp. 11-25), Southern Early Childhood Associations, ISBN 0-942388-22-4.
43. Bruder, M.B., & Bologna, T. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. In W. B. Brown, W.B., Thurman, S.K., & Pearl, L.F. (Eds.), *Family-centered early intervention with infants and toddlers: Innovative cross-disciplinary approaches* (pp. 103-127). Baltimore: Paul H. Brookes.
44. Burchinal, M., Kainz, K., Cai, K., Tout, K., Zaslow, M., Martinez-Beck, I. et al. (2009). Early care and education quality and child outcomes. OPRE Research-to-Policy Brief no. 1. Publication #2009-15. Washington, DC: Child Trends. Accessed December 11th 2013, available at:

- http://www.researchconnections.org/files/childcare/pdf/OPRERestoPolicyBrief1_FINAL.pdf
45. Butler, J.A. (1989). *Child Health Surveillance in Primary Care: A Critical Review*. London. Her Majesty's Stationery Office.
 46. Vandell, D.L., Belsky, J., Burchinal, M., Steinberg, L., & Vandergrift, N. (2010). Do effects of early child care extend to age 15 years? Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Child Development*, 81(3), 737–56. special case of the child parent center program. *Urban Education*, 28, 69-96.
 47. Gilliam, W., Meisels, S., & Mayes, L. (2005). Screening and surveillance in early intervention systems. In Guralnick, M. (Ed.), *The Developmental systems approach to early intervention* (pp. 73-98). Baltimore: Brookes Publishing.
 48. Glascoe, F.P. (1997). Parents concerns about childrens development: prescreening technique or screening test? *Pediatrics*, 99, 522-528.
 49. Glascoe, F.P.(1998) *Collaborating with Parents Evaluation of Developmental Status to Detect and Adress Developmental and Behavioral Problems*, Ellsworth and Vandermeer Press Ltd.
 50. Glascoe, F.P., Altemeier W.A., & MacLean, W.E. (1989). The importance of parents concerns about their child's development. *American Journal Of Diseases of Children*, 143, 855-958.
 51. Goldberg-Hamblin, S., Singer, J., Singer, G., & Denney, M. (2007). Early intervention in neonatal nurseries: The promising practice of developmental care. *Infants & Young Children*, 20, 163-171.
 52. Голубовић С. и сарадници (2005) *Сметње и поремећаји код деце ометене у развоју*, Дефектолошки факултет, Београд.
 53. Голубовић, Ш., Лаловић-Зекић, С., Мацаревић-Солујић, М. (2004). Предиктивни фактори школског успеха у почетним разредима основне школе. 3. *Симпозијум неурологије и психијатрије развојног доба. Програм и зборник радова*, (стр.106-107).
 54. Gomby, D.S., Culross, P.L., & Behrman, R.E. (1999). Home Visiting: Recent Program Evaluations: Analysis and Recommendations. *The Future of Children, Home Visiting: Recent Program Evaluations*, 9(1), pp. 4-26. Published by: Princeton University Article Stable. Available at: <http://www.jstor.org/stable/1602719>.
 55. Gomby, D.S., Larner, M.B., Stevenson, C.S., Lewit, E.M., & Behrman, R.E., (1995). Long term outcomes of early childhood programs: analysis and recommendations. (Review) *The Future of Children*, 5, 6-24.

56. Green, M., (1994). Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, editor Arlington Va, *Bright Futures*, National Center for Education in Maternal and Child Health.
57. Greenough, W., Black, J., & Wallace, C. (1987). Experience and brain development. *Child Development*, 58, 539-559.
58. Guralnick, M. (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In Guralnick, M. (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp.59-72). Baltimore: Brookes Publishing.
59. Guralnick, M. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Brookes Publishing.
60. Dales, P.S., Bates, E., Reznick, J.S., & Morisset, C. (1989). The validity of parent report instrument of child language at twenty months. *Journal of Child Language*, 16, 239-249.
61. Dawson, G., Hessel, D., & Frey, K. (1994). Social influences on early developing biological and behavioral systems related to risk for affective disorder. *Development and Psychopathology*, 6, 759-779.
62. Dearlove, J., & Kearney, D., (1990). How good is general practice developmental screening? *British Medical Journal*, 300, 1177-1180.
63. Dearing E, McCartney K & Taylor BA (2009). Does higher quality early child care promote low-income children's math and reading achievement in middle childhood? *Child Development* 80(5):1329-49.
64. Developmental disabilities
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#!/F80-F89>
65. Diamond, K.E., & LeFurgy, W.G. (1992). Relations between mothers expectations and the performance of their infants who have developmental handicaps. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 11-20.
66. Diamond, K.E., & Squires, J. (1993). The role of parent report in the screening and assessment of young children. *Journal of Early Intervention*, 17, 107-115.
67. Dobos, A.E.J., Dworkin, P.H., & Bernstein, B.A. (1994). Pediatricians approaches to developmental problems: has the gap been narrowed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 15, 34-38.
68. Duggan, A.K., McFarlane, E.C., Windham, A.M., Rohde, C.A., Salkever, D.S., Fuddy, L., Rosenberg, L.A., Buchbinder, S.B. & Calvin C.J. Sia (1999). Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children, Home Visiting: Recent Program Evaluations*, 9(1).

69. Dunst, C.J., & Trivette, C.M. (1989). An enablement and empowerment perspective of case management. *Topics in Early Childhood Special Education*, 8(4), 87-102..
70. Dunst, C. J., Snyder, S., & Mankinen, M. (1989). Efficacy of early intervention. In M . Wang, M. Reynolds, & H. Walberg (Eds.), *Handbook of special education Vol.3, Low incidence conditions* (p.259-294) Oxford, England, Pergamon Press.
71. Dworkin, P. H. (1993). Detection of behavioral, developmental, and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Current Opinion in Pediatrics* 5, 531-536.
72. Dworkin. P. H & Levine. M. D. (1979). Training in developmental pediatrics. *American Journal of Diseases of Children*. 133. 709-712.
73. Eagen, C., Petisi, M., & Tools, A. (1980). *The transdisciplinary training, assessment, and consultation model preschool program: A regional demonstration program for preschool handicapped children*. Yorktown Heights, NY: Putnam and Northern Westchester Counties Board of Cooperative Educational Services.
74. Edwards B, Baxter J, Smart D, Sanson A & Hayes A (2009). Financial disadvantage and children's school readiness. *Family Matters* 83 (23–31).
75. Eyberg, S.(1980) Child Behavior Inventory (ECBI)
76. [Здравствено статистички годишњак Републике Србије \(2012\) Инститит за јавно здравље Др Милан Јовановић Батут, доступно на ISSN 2217-3714 \(Online\)](http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2012.pdf), доступно на <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2012.pdf>
77. Здравствено-статистички годишњак Завода за јавно здравље Републике Србије у (2008) Инститит за јавно здравље Др Милан Јовановић Батут
78. Илић С., Илић-Стошовић Д., Николић С., (2010): Индивидуални образовни програм као предуслов предшколске инклузије деце са сметњама у развоју, зборник резимеа, Научна конференција „Васпитање и образовање деце са сметњама у развоју у предшколској установи и редовној школи“, (стр. 32), Сремска Митровица. ИСБН 978-86-7447-092-31.
79. Илић, С. (2007). Евалуација моторичких активности у програмима развојних група. *Магистарска теза*, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду.
80. Илић, С., Николић, С. (2010). Моторички развој као основа психомоторног развоја деце ометене у развоју предшколског узраста. У Ковачевић, Ј., Вучинић, В. (ед.), *Сметње и поремећаји: феноменологија, превенција и третман, део I* (стр. 79-91). Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд, ИСБН 978-86-80113-98-2.

81. Илић, С., Николић, С. (2011). Нови поступци раног откривања развојних проблема и проблема понашања код деце. У Глумбић, Н., Вучинић, В. (ед.), Зборник радова, Proceedings, (стр. 125 -130), V Међународни научни скуп „Специјална едукација и рехабилитација – данас“. 24-27. септембар, Златибор. Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд, ИСБН 978-86-6203-029-0.
82. Individualized Family Service Plan (IFSP) Development, available at: <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dph/programs/family-health/early-intervention/family-info/individualized-family-service-plan-ifsp-dev.html>
83. Ireton, H. (1992) Child Development Inventory - for toddlers and preschoolers <http://www.childdevrev.com/page15/page17/cdi.html>
84. Iovannone, R., Dunlap, G., Huber, H., & Kinkaid, D. (2003). Effective educational practices for students with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18, 150-165.
85. International Classification of Impairments (1997), ICDH 2.
86. International Classification of Functioning, Disability and Health (2001), ICF.
87. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem \(2010\) ICD available at http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F80](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F80).
88. Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Robinson, J. et al (1988) Pediatric Symptom Checklist, *Journal of Pediatrics* 112, (201-209).
89. Johnson, D., Poreat, G.M., & Kushnick, T. (1986). Compararsion of mental age estimates made by pediatricians and mothers of preschool children. *Journal of Pediatric Psychology* 11, 385-392.
90. Johnson, C., Myers, S., & Council on Children with Disabilities. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1183-
91. Kaiser, A.P., Hester, P.P., & McDuffie, A.S. (2001). Supporting communication in young children with developmental disabilities. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 7, 143-150.
92. Kemper, KJ., Kelleher, KJ. (1996) Family psychosocial screening: instruments and techniques. *Amb Child Health*.1 (325–339).
93. Klauf, T. (2006). Überlegungen zum Begriff "Geistige Behinderung". Saopstenje na skupu Bundesvereinigung Lebenshilfe u Marburgu.

94. Knudsen, E. (2004). Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16, 1412-1425.
95. Korsh, B., Cobb, K., & Ashe, B. (1961). Pediatricians appraisals of patients intelligence. *Pediatrics*, 29, 990-995.
96. Крстић, Н. (2002). Специфични развојни поремећај: откривање и интервенције. *Психијатријски дани*, 34, (215-236).
97. Kuhl, P., Williams, K., Lacerda, F., Stevens, K., & Lindblom, B. (1992). Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. *Science*, 255, 606-608.
98. Larner, M., Behrman, R., Young, M., & Reich, K. (2001). Caring for infants and toddlers: Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 11, 7-19.
99. LeComer, L. (2006). *A Parent's Guide to Developmental Delays, recognizing and coping with Missed Milestones in Speech, Learning, and Other Areas*. The Berkley publishing Group, Published by the Penguin Group (USA) Inc. 375 Hudson Street, New York 10014, USA. ISBN 0-399-53231-5.
100. Lefebvre, P., Merrigan, P., & Roy-Desrosiers, F. (2011). *Québec's Childcare Universal Low Fees Policy 10 years after: effects, costs and benefits*. CIRPEE working paper 11-01. Montreal: Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Économiques et l'Emploi. Accessed January 14th 2012, available at: <http://ideas.repec.org/p/lvl/lacir/1101.html>
101. Levigne, J.V., Binns, H.J., Christoffel, K.K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K., Hayford, J.R., & McGuire, P.A. (1993). Behavioral and emotional problems among preeschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians recognition. Pediatric Practice Research Group. *Pediatrics*, 91, 649-655.
102. Linder, T. (1993). *Transdisciplinary play-based assessment: A functional approach to working with young children*. Baltimore: Paul H. Brookes.
103. Love, J.M., Harrison, L.J., Sagi-Schwartz, A., van Ijzendoorn, M.H., Ross, C., Ungerer, J.A. et al. (2003). Child care quality matters: how conclusions may vary with context. *Child Development*, 74, 1021-1033.
104. Mason-White, H. (2012). Learning from good practice: implementing the Early Years Learning Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander children. Melbourne: Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care. Accessed September 3rd 2013, available at: <http://www.snaicc.org.au/tools-resources/dsp-default-e.cfm?loadref=150&txnid=1336&txncitype=resource&txncstype=document>

105. McCarthy, D. (1972). *Manual for the McCarthy Scales of Children's Abilities*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
106. McCartney, K., Burchinal, M., Clarke-Stewart, A., Bub, K.L., Owen, M.T., Belsky, J. et al. (2010). Testing a series of causal propositions relating time in child care to children's externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 46(1), 1–17.
107. McCormick, M., Brooks-Gunn, J., Buka, S., Goldman, J., & Salganik, M. (2006). Infant health and development programs at 18 years of age. *Pediatrics*, 117, 771-786.
108. McGonigel, M.J., & Garland, C.W. (1988). The Individualized Family Service Plan and the early intervention team: Team and family issues and recommended practices. *Infants and Young Children*, (1), 10-21.
109. McLean, M., & Synder-McLean, L. (1978). *A transactional approach to early language training*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
110. Merrick, J. Cahana, C., Lotan, M., Kandel, I., Carmeli, E. (2004) Sonezelen or controlled multisensory stimulation. Treatment aspects from Israel. *The Scientific World Journal Vol. 4*, pp 307-314,
111. Melhuish, E.C., Belsky, J., MacPherson, K., & Cullis, A. (2010). The quality of group childcare settings used by 3–4 year old children in Sure Start Local Programme areas and the relationship with child outcomes. Research brief.
112. Михајловска, Љ. (2011). Препреке и њихово превладавање. Европа плус, Архива Европе плус, available at: <http://www.emins.org/srpski/prepreke-i-njihovo-prevladavanje>
113. Mountstephen, M. (2011). *How to detect Developmental Delay and What to Do Next, Practical Interventions for Home and School*. Jessica Kingsley Publishers, UK.
114. Murray, E., & Harrison, L.J. (2011). The influence of being ready to learn on children's early school literacy and numeracy achievement. *Educational Psychology*, 31(5), 529–545.
115. National Scientific Council on the Developing Child. (2007). The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture: Working paper #5.
116. Николић, С., Илић-Стошовић, Д., Илић, С. (2010). Early intervention in special education and rehabilitation. In Nedović, G., Rapačić, D., Marinković, D. (ed.), *Special education and rehabilitation – science and/or practice* (pp. 195-226). 1. Међународна конференција „Специјална едукација и рехабилитација – наука и/или пракса. 22-24. Октобар, Сомбор. Society of Special Educators and Rehabilitators of Vojvodina, Novi Sad. ISBN 978-86-913605-1-1.

117. Николић, С., Илић-Стошковић, Д., Илић, С. (2010). Standards for development and learning of early aged children. In Pišot, Štemberger, Šimunič, Dolenc, Malej (ed.), *Contemporary views of motor development of a child, the 6th international scientific and expert symposium*, (p. 267-271), Univerza na Primorskem Pedagoška fakulteta Koper, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, Univerza v Ljubljani; Pedagoška fakulteta ISBN 978-961-6328-84-5, COBISS.SI-ID 65657089.
118. Николић, Г., Рапаић, Д., Недовић, Г., Стојковић, С., Илић, С. (2009). Стандарди и индикатори инклузивног образовања. У Радовановић, Д. (ед.), *Истраживања у специјалној едукацији и рехабилитацији* (стр. 435-451). Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду. ИСБН 978-86-80113-84-5.
119. Николић, С., Симоновић, С. (2003). Ефекти дефектолошког третмана на психомоторни развој деце са ризиком. Симпозијум „Дете са сметњама у развоју“. *Acta Medica Semendrica*, 20, 29 – 33, 13. новембар, Смедерево.
120. Nicholson JM, Lucas N, Berthelsen D & Wake M (2012). Socioeconomic inequality profiles in physical and developmental health from 0–7 years: Australian National Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(1):81–7.
121. Newport, E., Bavelier, D., & Neville, H. (2001). *Critical thinking about critical periods: Perspectives on a critical period for language acquisition*. Cambridge, MA: MIT Press.
122. NICHD ECCRN (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network) (ed.) (2005). Child care and child development: results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. New York: The Guilford Press.
123. Niemeyer, J., & Bass, G. (1997). *Collaboration and Service Coordination in Inclusive Early Childhood Programs*. University of South Carolina, Southen Early Childhood Association, p. 27-47. Printed in the USA, ISBN 0–942388-22-4.
124. Newborg, J., Stock, J., Guidubaldi, J., & Svinicki, J. (1984). *Battelle Developmental Inventory*. Chicago: Riverside
125. Odom, S., & Wolery, M. (2003). A unified theory of practices in early intervention/early childhood special education: Evidence-based practices. *The Journal of Special Education*, 37(3), 164-173.
126. Palfrey, J.S., Singer, J.D., Walker, D.K., & Butler, J.A. (1987) Early identification of children's special needs: a study in five metropolitan communities. *Journal of Pediatrics*, 111, 651-659.

127. Parents Evaluations of Developmental Status PEDS, (1998), [www. PEDSTest.com](http://www.PEDSTest.com)
128. Petersen, M.C., Kube, D.A., Whitaker, T.M., Graff, J.C., & Palmer, F.B. (2009). Prevalence of Developmental and Behavioral Disorders in a Pediatric Hospital. *Pediatrics*, 123, 490-495.
129. Pinto-Martin, J., Dunkle, M., Earls, M., Fliedner, D., & Landes, C. (2005). Developmental stages of developmental screening: Steps to implementation of a successful program. *American Journal of Public Health*, 95(11).
130. Powell, D. R. (1989). *Families and early childhood programs*. Washington: National Association for the Education of Young Children.
131. Правилник о раду Комисије за процену потреба за пружањем додатне образовне, здравствене и социјалне подршке деци <http://www.mp.gov.rs/page.php?page=159>
132. Public Law 101-576. (1990). Individuals With Disabilities Education Act. Washington, DC.
133. Public Law 102-119. (1991). Amendments to the Individuals With Disabilities Education Act. Washington, DC.
134. Public Law 105-17. (1997). Individuals With Disabilities Education Act Amendments of 1997. Washington, DC.
135. Public Law 94-142. (1975). Education for All Handicapped Children's Act. Washington, DC.
136. Public Law 99-457. (1986). Amendments to Education for All Handicapped Children's Act. Washington, DC.
137. Public Law 103-166 (1993) Family Preservation and Support Services Program Act Washington, DC: United States Congress.
138. Public Law (2000) Disabilities Education Act (IDEA), USA.
139. Радојевић, Б. (2011). Дете са сметњама у развоју најзначајнији одрасли у животу детета. У Митић, М. (ед.), *Деца са сметњама у развоју, потребе и подршка* (стр. 12-23), Републички завод за социјалну заштиту, Београд. ИСБН 978-86-88171-03-8.
140. Rainforth, B., York, J., & MacDonald, C. (1992). *Collaborative teams for students with severe disabilities: Integrating therapy and educational services*. Baltimore: Paul H. Brookes.
141. Rauh, V., Achenbach, T., Nurcombe, B., Howell, C., & Teti, D. (1988). Minimizing adverse effects of low birth weight: Four-year results of an early intervention program. *Child Development*, 59, 544-553.
142. Raver, C.C., & Knitzer, J. (2002). Ready to enter: what research tells policymakers about strategies to promote social and emotional school readiness among three- and four-year-old

- children. *Promoting the Emotional Well-Being of Children and Families policy paper, 3*. New York: National Center for Children in Poverty, Columbia University.
143. Raver, S.A. (1991). *Strategies for teaching at risk and handicapped infants and toddlers: A transdisciplinary approach*. New York: Merrill.
 144. Rescorla, L. (1989). The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 54*, 587-599.
 145. Robinson, G., Zubrick, S.R., Silburn, S., Tyler, W., Jones, Y., D'Aprano, A. et al. (2009). Let's Start: Exploring Together. An early intervention program for Northern Territory children and families: final evaluation report. Darwin: School for Social and Policy Research, Charles Darwin University. Accessed September 4th 2013, available at: <http://ccde.menzies.edu.au/sites/default/files/lets-start-evaluation-report.pdf>
 146. Rose, J. (2009) *Identifying and Treating Children and Young People with Dyslexia and Literacy Difficulties*. London. Department for Children, Schools and Families. Available at <http://publications.education.gov.uk>.
 147. Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Berendenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., et al. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 537-549.
 148. Ружичић, М., Новковић, Шекуларац, М. (2012). Дискриминација деце с инвалидитетом. У Тркуља, Ј., Ракић, Б., Татић, Д. (ед.) Зборник радова *Забрана дискриминације особа са инвалидитетом* (стр. 225-238). Правни факултет Универзитета у Београду.
 149. Ryan, R.M., Johnson, A., Rigby, E., & Brooks-Gunn, J. (2011). The impact of child care subsidy use on child care quality. *Early Childhood Research Quarterly, 26*(3), 320–31.
 150. Сабо, Е. (2002). Структура моторичког простора и разлике у моторичким способностима дечака предшколског узраста при упису у основну школу. *Физичка култура, 56*, (1-4), 10-17.
 151. Сабо, Е. (2004). Утицај дужине боравка у дечијем вртићу на спремност девојчица за полазак у школу (Когнитивни аспект). *Педагогија, 59*(1), 111-120.
 152. Сабо, Е. (2005). Утицај дужине боравка у дечијем вртићу на развој моторичких способности дечака. *Физичка култура, 59*, (1-4), 16-23.
 153. Sameroff, A., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In Horowitz, F., Hetherington, M., Scarr-Salapatek, S. & Siegel, G. (Eds.), *Review of child development research, vol. 4* (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.

154. Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In Shonkoff, J. & Meisels, S. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 2nd ed. (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
155. Sammons, P. (2010). Does preschool make a difference? Identifying the impact of pre-school on children's cognitive and social behavioural development at different ages. In: Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., & Taggart, B. (Eds), *Early childhood matters: evidence from the Effective Pre-school and Primary Education Project*. Abingdon: Routledge, 92–113.
156. Sanders, M.R., (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 1096-4037/99/0600-0071\$16.00/0 C 1999 Plenum Publishing Corporation.
157. [Sarah Irvine Belson \(2006\) The Special ed WIKI Availavble at http://sped.wikidot.com/developmental-delays](http://sped.wikidot.com/developmental-delays)
158. Saxon, T., Colombo, J., Robinson, E., & Frick, J. (2000). Dyadic interaction profiles in infancy and preschool intelligence. *Journal of School Psychology*, 38, 9-25.
159. Schweinhart, L., Berrueta-Clement, J., Barnett, W., Epstein, A., & Weikart, D. (1985). Effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19: A summary. *Topics in Early Childhood Special Education*, 5, 26-35.
160. Scarborough, A., Spiker, D., Mallik, S., Hebbeler, K., Bailey, D., & Simeonsson, R. (2004). A national look at children and families entering early intervention.
161. *Exceptional Children*, 70, 469-483.Scott, F.G., Lingaraju, S., Kilgo, J., Kregel, J., & Layyari, A. (1993). A survey of pediatricians on early identification and early intervention services. *Journal of Early Intervention*, 17, 129-138.
162. Shelton.T., & Stepanek, J. (1994). *Family-centered care for children needing specialized health and developmental services*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
163. Shevell, M., Ashwal, S, Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., Majnemer, A., Noetzel, M., & Sheth, R.D. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. *Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society*.
<http://www.neurology.org/content/60/3/367.full#ref-5>
<http://www.neurology.org/content/60/3/367.full.html>

164. Shonkoff, J., & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, D.C.: National Academy Press.
165. Shonkoff, J., & Hauser-Cram, P. (1987). Early intervention for disabled infants and their families: A quantitative analysis. *Pediatrics*, 80, 650-658.
166. Sices, L. (2007). *Developmental screening in primary care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement*. Boston: The Common Wealth Fund.
167. Siraj-Blatchford, I., & Taggart, B. (2003) (Eds). *Early childhood matters: evidence from the Effective Pre-school and Primary Education Project*. Abingdon: Routledge, 92–113.
168. Specific developmental disorder [Definition, доступно на
 http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=11249](http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=11249)
169. Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, New York: Basic Books.
170. Stipek, D.J. (2005). Children as unwitting agents in their developmental pathways. In: Cooper, C.R., Garcia-Coll, C.T., Bartko, W.T., Davis, H. & Chatman, C. (Eds). *Developmental pathways through middle childhood: rethinking contexts and diversity as resources* (pp. 99-120), Mahwah: Lawrence Erlbaum, 99–120.
171. Stone, D.H. (1990) Terminology in community child health-an urgent need for consensus. *Disease in Childhood*, 65(8): 817–818.
172. Stone, W.L., & Hogan, K.L. (1993). A structured parent interview for identifying young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 639-652.
173. Strain, P., McConnell, S., Carta, J., Fowler, S., Neisworth, J., & Wolery, M. (1992). Behaviorism in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12, 121-142.
174. Sturnes, R.A., (1994). *Book Review on Bright Futures*. Ambulatory Child Health.
175. Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., & Taggart, B. (2004). The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: final report. London: Department for Education and Skills & Institute of Education, University of London. Retrieved 14 January 2012, available at: <http://media.education.gov.uk/assets/files/pdf/e/eppe%20final%20report%202004.pdf>
176. Squires, J., Nickel, R., & Eisert, D. (1996). Early detection of developmental problems: Strategies for monitoring young children in the practice setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 420-427.
177. Teeter, P.A., & Semrud-Klikeman, M. (1997). *Child Neuropsychology*. Boston: Allyn&Bacon.

178. The Longitudinal Study of Australian Children: annual statistical report. Melbourne: AIFS. Viewed 3 September 2013. http://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/10_2013/the_longitudinal_study_of_australian_children_2011-12_annual_report_print.pdf
179. УНИЦЕФ, Министарство рада и социјалне политике, (2009) „Дечије место у породици – Трансформација резиденцијалних установа за децу и развијање одрживих алтернатива“ *Извештај о резултатима истраживања ставова јавног мишљења о друштвеној инклузији деце са сметњама у развоју*, Уницеф, стр. 5 (истраживање спровела агенција IPSOS STRATEGIC MARKETING)
180. Folio, M.R., & Fewell, R.R. (1992). *Peabody Developmental Motor Scales, Second Edition (PDMS-2)*. Western Psychological Services. Alaska Avenue. Torrance, CA.
181. Fosnot, C. (1996). Constructivism: A psychological theory of learning. In Fosnot, C. (Ed.), *Constructivism: Theory, perspectives, and practice* (pp. 8-33). New York: Teacher's College.
182. Friedman, D. (2006). What science is telling us: How neurobiology and developmental psychology are changing the way policymakers and communities think about the developing child. National Scientific Council on the Developing Child Perspectives. Available at: <http://www.developingchild.net>, accessed March 7th, 2007.
183. Fuchs, D., Fuchs, L.S., Power, M.H., & Daily, A.M. (1985). VBias in the assesement of handicapped children. *American Educational Reaseaerch Journal*, 22(2):185-198.
184. Fuerst, J., & Fuerst, D. (1993). Chicago experience with an early education program: The special case of the child parent center program. *Urban Education*, 28, 69-96.
185. Hansen, K., Joshi, H. & Dex, S. (eds) (2010). *Children of the 21st century: the first five years*. Volume 2. Bristol: Policy Press.
186. Hanson, M. (2003). Twenty-five years after early intervention: A follow-up of children with Down syndrome and their families. *Infants & Young Children*, 16, 354-365.
187. Harrison, L.J. (2011). Chapter 6: Children's experiences of child care. In: *Australian Institute of Family Studies (AIFS)*.
188. Harrison, L.J., Goldfeld, S., Metcalfe, E., & Moore, T. (2012). Early learning programs that promote children's developmental and educational outcomes. Resource sheet no. 15 produced for the *Closing the Gap* Clearinghouse, Australian Government.
189. Harrison, L.J., Ungerer, J.A., Smith, G.J., Zubrick, S.R., Wise, S., Press, F. et al. (2009). Child care and early education in Australia: the Longitudinal Study of Australian Children. Social

- policy research paper no. 40. Canberra: Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Available at: <http://www.fahcsia.gov.au/about-fahcsia/publications-articles/research-publications/social-policy-researchpaper-series/number-40-child-care-and-early-education-in-australia-the-longitudinal-study-of-australian-children>>, accessed 12 January 2012.
190. Harrison, L.J., Ungerer, J.A., Smith, G.J., Zubrick, S.R., Wise, S., Press, F. et al. (2009). Child care and early education in Australia: the Longitudinal Study of Australian Children. Social policy research paper no. 40. Canberra: Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Accessed January 12th 2012, available at: <http://www.fahcsia.gov.au/about-fahcsia/publications-articles/research-publications/social-policy-researchpaper-series/number-40-child-care-and-early-education-in-australia-the-longitudinal-study-of-australian-children>
 191. Harrison, L.J. (2008). Does child care quality matter? Associations between socio-emotional development and non-parental child care in a representative sample of Australian children. *Family Matters*, 79, 14–25.
 192. Hart, B., & Risley, T. (1995). *Meaningful differences in the everyday experiences of young American children*. Baltimore: Brookes Publishing.
 193. Hawley, T. (2000). Starting smart: How early experiences affect brain development. Zero to Three (2nd ed.). Retrieved March 10, 2007, available at: <http://www.zerotothree.org/site/DocServer/Startingsmart.pdf?docID=2422>
 194. Head Start (2010) Impact Study: final report. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, United States Department of Health and Human Services. (US DHHS). Viewed 12 January 2012, <http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/impact_study/>.
 195. Head-Start (1996). Head Start performance standards. Available at: <http://www.headstart.lane.or.us/administration/regulations/45CFR130x.index.html>.
 196. Hellbrugge, Th. (1983) Минхенска функционална развојна дијагностика
 197. Hellbrugge,, Coulin, S., Reisa-Bergezann, E., Kohler, G., Lajosi, F., & Schamberger, R. (1977). *Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik*. Institut für soziale Pädiatric und Jugendmedizin, Universität München.
 198. Hickson, G.B., Altemeier, W.A., & O'Connor, S. (1983). Concerns of mothers seeking care in private pediatric offices: opportunities for expanding services. *Pediatrics*, 72, 619-624.

199. Campbell, F., & Ramey, C. (1995). Cognitive and school outcomes for high-risk African-American students at middle adolescents: Positive effects of early intervention. *American Educational Research Journal*, 32, 743-772.
200. [Center On The Developing Child at Harvard University 2007\)](http://www.developingchild.harvard.edu)
www.developingchild.harvard.edu<<http://www.growingupinaustralia.gov.au/pubs/asr/2010/index.html>>. Research findings Child outcomes
201. Cicchetti, D., & Stroufe, L. (2000). The past as a prologue to the future: The times they've been a changing. *Development & Psychopathology*, 12, 255-264.
202. Clearinghouse. AIHW cat. no. IHW 76. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare & Melbourne: *Australian Institute of Family Studies*. Available at: <http://www.aihw.gov.au/ClosingTheGap/Publications>>, accessed at August 30th, 2013.
203. Cunha, F., & Heckman, J.J. (2006). *Investing in our young people. Report prepared for America's Promise—The Alliance for Youth*. Chicago: University of Chicago.
204. Čuturić, N. (1973). *Lestvica psihičnega razvoja rane dečje dobi Brunet-Lezine*. Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, Ljubljana.
205. Ware, V.A. (2012). Improving access to urban and regional early childhood services. Resource sheet no. 17. Produced for the Closing the Gap Clearinghouse. AIHW cat. no. IHW 78. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare & Melbourne: Australian Institute of Family Studies. Accessed August 30th 2013, available at: <http://www.aihw.gov.au/ClosingTheGap/Publications>
206. Warren, S., Beredin-Oja, S., Fairchild, M., Finestack, L., Fey, M., & Brady, N. (2006). Responsivity education/prelinguistic milieu teaching. In McCauley, R. & Fey, M. (Eds.), *Treatment of language disorders in children* (pp. 47-76). Baltimore: Brookes Publishing.
207. Watamura, S.E., Phillips, D.A., Morrissey, T.W., McCartney, K., & Bub, K. (2011). Double jeopardy: poorer social-emotional outcomes for children in the NICHD SECCYD experiencing home and child-care environments that confer risk. *Child Development*, 82(1), 48–65.
208. Webb, S.J., Monk, C.S., & Nelson, C.A. (2001). Mechanisms of postnatal neurobiological development: Implications for human development. *Developmental Neuropsychology* 19(2), 147-171.
209. Webster-Stratton, C. (1997). From parent training to community building. *Families in Society*, 78(2), 156-171.

210. Wesley, P.W. (1994). Innovative practices: Providing on-site consultation to promote quality in integrated child care programs. *Journal of Early Intervention*, 18(4), 391- 402.
211. Woolfson, L., & King, J. (2008). *Evaluation of The Extended Pre-School Provision for Vulnerable Two Year Olds Pilot Programme*, Department of Psychology, Final Report Scottish Government Social Research, 15-16.
212. Yeargin-Allosopp, M., Murphy, CC., Oakley, GP., Sikes, RK. (1992) A multiple-source method for studying the prevalence of developmental disability in children. The Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Study. *Pediatrics* 89 (624-630).
213. Yoder, P., & Warren, S. (1998). Maternal responsivity predicts the prelinguistic communication intervention that facilitates generalized intentional communication. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 41, (1207-1219).
214. Yoder, P., Davies, B., & Bishop, K. (1994). Reciprocal sequential relations in conversations between parents and children with developmental delays. *Journal of Early Intervention*, 18, 362-379.

ПРИЛОЗИ

Прилог 1

ДОНИРАНА ЛИЦЕНЦА ЗА КОРИШЋЕЊЕ ИНСТРУМЕНАТА ЗА ИЗРАДУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Research License Donation for Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) and PEDS:Developmental Milestones.

Ellsworth and Vandermeer Press/Forepath.org are a Tennessee based company and the sole publishers of PEDS and the PEDS:DM. These measures are also referred to as "The Work".

By providing the following information, you are agreeing:

1. To purchase a physical copy of the PEDS:DM if opting to use this measure (because viewing the PEDS:DM in print is essential for understanding how it is used).
2. To use *all* PEDS questions and maintain their exact wording/a thoroughly vetted translation. Please see the FAQs on www.pedstest.com if rationale is needed. Advice on how to administer PEDS as an interview is included in the PEDS Brief Guide.
3. To, upon receipt of digital files for PEDS, make correct use of the PEDS Longitudinal Score/Interpretation Form, adhere to the instructions for administration and scoring contained in the PEDS Brief Guide. If using the PEDS:DM, to adhere to its scoring guidelines.
4. To adhere to our translation guidelines if a new translation is needed (contact information is below for requesting a copy)
5. To keep translations of PEDS/PEDS:DM confidential and only share them with parents, translators, or others involved in your research project.
6. To alert other researchers or those involved in clinical applications, they may not use The Work without a signed license agreement from EV Press/Forepath.
7. If using PEDS along with supplemental questionnaires, to use the PEDS' Response Form first, in order to reduce potential order effects.
8. To ensure that the PEDS/PEDS:DM copyright notice is visible on all documents where PEDS/PEDS:DM Forms appear.
9. To ensure that PEDS Forms are not posted on a public, non-password protected, website or otherwise distributed electronically outside of your project.
10. To send a digital copy of your abstract, relevant research papers, theses or dissertations, to EV Press/Forepath and allow us to place an abstract of your study on our website

11. To send a digital copy of any translations to EV Press/Forepath so that we can share them with other research.
12. If you reside outside Australia, Great Britain, Slovenia, or Iceland (where we have co-publishers) and if, after the completion of your study, there is interest in making PEDS/PEDS:DM more available, to work with us to find a co-publisher (e.g., a university publications office, printer/distributor, etc.)
13. To indicate below the number of administrations of the Work you require for your study and its expected start and end dates.

In return, EV Press/Forepath agrees to provide digital copies of The Work , advise on research methodology, and, in the case of interest in having The Work more readily available for other nations, assist with efforts to find a co-publisher.

This License shall be deemed to have been made and executed in the State of Tennessee within the United States of America.

Please indicate the translations of the PEDS Response Forms you need.*

Language	<i>Place a checkmark next to desired translations</i>
Arabic	
Chinese (<i>Cantonese and Mandarin</i>)	
French (<i>Canadian</i>)	
Galician	
Haitian-Creole	
Hmung	
Indonesian (<i>Bahasa</i>)	
Malay	
Portuguese (<i>Brazilian/ Cape Verdean</i>)	
Russian	

Somali	
Swahili	
Taiwanese	
Thai	
English	*
Spanish	
Vietnamese	

*If using the PEDS:DM, please indicate which digital files of the Family Book you need:**

English	*
Spanish	
Taiwanese	

**All other digital files (e.g., test manuals) are only available in English.*

Number of administrations of PEDS planned for your project: 300

Number of administrations of the PEDS:DM planned for your project: 300

Start date: December 2010

Expected end date: December 2012

Please complete this form digitally—meaning that you type in your contact information below and attach this file as an email to the address below:

Name:

Title:

Street Address:

City:

State and Country: _____Serbia_____

Postal Code/Zip Code: _____11030_____

Telephone Number (with country/area code): ____+38160_____

Fax Number _____

Email address: _____snezilic@gmail.com_____

Administrative/faculty contact information (if different)_____

Name: ____ Faculty for Special Education and Rehabilitation _____

Address: _Visokog Stevana 2_____

City: ____Belgrade_____

State and Country: _Serbia_____

Postal Code/Zip Code: ____11000_____

Telephone Number (with country/area code: ____+381112183036_____

Fax Number _+381 11 2183081_____

Email address: ____pdnastava@fasper.bg.ac.rs_____

Contact Information for EV Press/Forepath.org Shirley Kathryn Woods Director of Research and Translations, e-mail: *research@pedstest.org*

УПУТСТВО ЗА ПРЕВОЂЕЊЕ ИНСТРУМЕНАТА

PEDS Translation Guidelines

To ensure a quality translation, please adhere to the following:

1. Ideally, the translator should have a background in child development and/ in interviewing parents. Experience communicating with parents of limited education is preferable.
2. Use the simplest and briefest possible language.
3. Avoid slang because it may not be understood by all speakers of a language.
4. Avoid terms that may be troubling or inflammatory. For example, in pilot studies of PEDS, the word “worries” was less effective than “concerns” because “worries” is more ominous. Sometimes word choices have connotations not initially recognized as having a dampening effect on communication. For example, in our first attempt at a Somali translation, the translator, who was a long-time ex-patriot, did not realize that the word “concerns” was a political term used by warlords. Family did not respond well and so the questions had to be reworded and the phrase (in Somali), “do you have feelings about your child’s” worked much better.
5. If sophisticated vocabulary cannot be avoided, be sure to pair it with better understood terms (e.g., the phrase “developing and learning”, help parents understand the word “development”. Question 2, for example, probes expressive language—a term not understood by all parents. For this reason, simpler terms, “talking and making speech sounds” are used to invoke the constructs of expressive language while ensuring that its meaning is understood).
6. If the translator is unsure of the meaning behind any of the PEDS’ questions, please have him or her contact us: Frances.P.Glascoe@vanderbilt.edu 717-259-0711
7. Please try out your translation on other professionals who speak the language and then with parents from various educational backgrounds to make sure the questions are thoroughly understood by all. For example, when we translated PEDS into Spanish, we obtained speakers from various Hispanic backgrounds (Mexico, several South American countries, Cuban, Puerto Rican, etc.) to make sure that all groups could use the same translation. Similarly, in Taiwan, the first attempt at translations was understood poorly by parents with limited education and additional work on simplifying the language was needed.
8. Once a satisfactory translation is in hand and if also seeking to standardize a translation in another country, it is advisable to try it out with a random sample of a few hundred parents

in order to look at the frequency with which children fall onto the various PEDS paths. If possible, it would also be helpful to administer a lengthier measure alongside PEDS. This process (standardization and validation) may suggest that alternative scoring is needed (e.g., in India and Malaysia, the self-help concern was associated with developmental problems and in the official Australian version, the self-help concern was found to be an important long-term predictor of problematic outcomes). Similarly, we found difficulties with our first efforts at a Chinese translation where the word “concerns” was interpreted to mean, “Do you think about your child?” Obviously most parents do and so the response rates for the high risk PEDS paths were excessive.)

9. If possible, try to let us know the number of families in your area who might be administered PEDS so we can best determine whether printing your translation is feasible. If not, we can either license the final version or simply donate its use which is what we generally do for developing countries. If the latter, we would need an annual head count of the approximate number of administrations for our tax records.
10. If professionals are English-speaking, it will only be necessary to translate the PEDS Response Form. If they are not, please also translate the Score Form, Interpretation Form and relevant parts of the Brief Guide to Scoring and Administration.
11. Please be sure to send a .pdf file of your translation and a Word file with the fonts attached so that we can share the translation with other clinicians and researchers.

Прилог 3

САГЛАСНОСТ РОДИТЕЉА ЗА ИСТРАЖИВАЊЕ

Драги родитељи,

обраћам Вам се са молбом да учествујете у истраживању које спроводим за свој докторски рад. Желим да испитам инструмент за који сам добила лиценцу, а који може да сагледа способности детета на узрасту од 0 до 8 година. Родитељ најбоље познаје своје дете тако да би ми Ваша помоћ много значила у овом послу.

Истраживање обухвата два упитника, краћи и дужи, који би сте попунили. Како би подаци били правилно анализирани, важно је да попуните упитник у целости за узраст на коме је Ваше дете. (то ће бити обележено)

Молим Вас да ми дозволите да се кроз игровне активности у 15 минута упознам и ја са способностима Вашег детета, а током боравка детета у вртићу. (Досадашње искуство показује да су моја питања и игре врло занимљиве деци, радо долазе и након тога питају када ћемо се поново играти ☺.)

Подаци које дате о себи и детету у потпуности су поверљиви и користе се само у истраживачке сврхе! У самом научном раду неће бити имена деце ни родитеља. Податке из етичких разлога нећемо делити ни са ким, неће бити на располагању ни запосленима установе у коју је Ваше дете уписано. Уколико сами желите да знате резултате можете ми се обратити на доле понуђене контексте.

Молим Вас да својим потписом потврдите да сте упознати са сврхом истраживања и да сте сагласни да у њему Ви и Ваше дете учествујете.

_____ (Ваш потпис)

Унапред се захваљујем на Вашем времену и труду! Желим Вам пуно радости у Вашој родитељској улози!

мр Снежана Илић

асистенткиња на Факултету за специјалну едукацију

и рехабилитацију, Београд

Прилог 4

САГЛАСНОСТ ВАСПИТАЧА ЗА ИСТРАЖИВАЊЕ

Поштоване колеге Васпитачи,

обраћам Вам се са молбом да учествујете у истраживању које спроводим за свој докторски рад. Желим да испитам способности деце у Вашој групи, а с обзиром да Ви велики део времена проводите са њима, од непроцењивог значаја би ми била Ваша помоћ!

Истраживање обухвата неколико упитника. Један би сте попунили Ви, један родитељи и један ЈА. Како би подаци били правилно анализирани, важно је да попуните упитник у целости.

Подаци које дате о детету у потпуности су поверљиви. Користиће се само у истраживачке сврхе и нико осим објективног истраживача неће имати увида у њих. Молим Вас да својим потписом потврдите да сте упознати са сврхом истраживања и да сте сагласни да у њему учествујете.

(Ваш потпис)

Унапред се захваљујем на Вашем времену и труду! Желим Вам пуно радости у раду са децом!

мр Снежана Илић

асистенткиња на Факултету за специјалну едукацију

и рехабилитацију, Београд

Прилог 5

ПОШТОВАНИ,

Пред Вама се налази упитник који представља средство истраживања у оквиру докторског рада.

Ваши одговори су строго поверљиви. Одговори које дате биће збројени са одговорима осталих испитаника и приказани мерама просека.

Молим Вас да одговарате на свако питање што брже и што искреније можете. Завршите прву страну пре него што пређете на следећу.

Истраживање је анонимно и молимо Вас да нам оставите само неколико основних података:

Пол: Ж М

Године радног искуства _____

Попуњени тест можете оставити у кутију коју ћемо поставити у заједничкој канцеларији вртића.

Тврдње	У потпуности се не слажем	Не слажем се	И слажем се и не слажем	Слажем се	У потпуности се слажем
У групи деце са којом радим уочавам децу која се на неки начин разликују од друге деце у понашању, обављању неких активности, причи и сл...	0	1	2	3	4
За свако дете за које приметим неко одступање, издвајање, другачије понашање у групи деце, обавештавам стручну службу.	0	1	2	3	4
Стручна служба, након што им проследим информацију да имам проблем у групи са неким дететом, у кратком року (3 дана) започне процес опсервације детета.	0	1	2	3	4
Стручна служба ми након опсервације детета да инструкције за рад са дететом (на који начин да укључујем дете, како да поступим).	0	1	2	3	4
Стручна служба ми да план по коме треба да радим са тим дететом у групи и одређена прилагођавања која треба да чиним, како би оно било потпуно укључено.	0	1	2	3	4
Када имам проблем са неким дететом у групи, сама се сналазим према свом знању и искуству.	0	1	2	3	4
Обраћам се колегиницама васпитачима за савет, када имам проблем са неким дететом у групи.	0	1	2	3	4
Препуштена сам сама себи када у групи имам дете, које ми на било који начин ремети рад са децом.	0	1	2	3	4
Тврдње	У потпуности се не слажем	Не слажем се	И слажем се и не слажем	Слажем се	У потпуности се слажем

Проблем који ми се појави у групи увек најбоље решим сама.	0	1	2	3	4
Било би ми од велике користи да добијем јасну инструкцију о томе како и шта да радим са дететом.	0	1	2	3	4
Одустала сам од тога да обавештавам стручну службу о сваком проблему који имам у групи са децом.	0	1	2	3	4
Од дефектолога бих могла да добијем јасну инструкцију како да поступим, како да прилагодим активности за дете, које се другачије понаша.	0	1	2	3	4
Присуство дефектолога у вртићу омогућило би ми квалитетнији рад и растерећење у раду са децом која се другачије понашају, имају неке тешкоће.	0	1	2	3	4
Искључиво педагог и психолог, као сарадници стручне службе, могу да ми дају корисне информације о детету.	0	1	2	3	4

Хтела бих још да додам:

.....

.....

.....

.....

.....

	У потпуности се не слажем	Не слажем се	И слажем се и не слажем	Слажем се	У потпуности се слажем
Родитељ ми се обраћа и тражи подробне информације о активностима детета у вртићу.	0	1	2	3	4
Родитељи се распитује о понашању детета у групи деце.	0	1	2	3	4
Ограничена сам у томе шта родитељима смем да кажем по питању понашања и детета.	0	1	2	3	4
Када имам проблем са дететом слободно то могу да поделим са родитељима.	0	1	2	3	4
Са родитељима могу отворено да попричам о детету, његовом понашању, мојим запажањима.	0	1	2	3	4
У односу на став родитеља проценим шта ћу и како рећи о детету.	0	1	2	3	4
Са родитељима сам у површној комуникацији, дајем информације само када ме нешто питају.	0	1	2	3	4
Родитељи су заинтересовани за активности детета у вртићу.	0	1	2	3	4
Родитељи су заинтересовани за понашање детета у вртићу.	0	1	2	3	4
Родитељи су углавном незаинтересовани, презапослени, немају времена за децу.	0	1	2	3	4

Прилог 6

ПОШТОВАНИ,

Пред Вама се налази упитник који представља средство истраживања у оквиру докторског рада.

Ваши одговори су строго поверљиви. Одговори које дате биће збројени са одговорима осталих испитаника и приказани мерама просека.

Молим Вас да одговарате на свако питање што брже и што искреније можете. Завршите прву страну пре него што пређете на следећу.

Истраживање је анонимно и молимо Вас да нам оставите само неколико основних података:

Пол: Ж М

Године радног искуства у овој области ____

- ☐ Педагог
- ☐ Психолог
- ☐ Дефектолог
- ☐ Логопед

(Cc-B) **Молимо Вас да означите у ком степену се слажете са сваком тврдњом која следи.**

	У потпуности се не слажем	Не слажем се	И слажем се и не слажем	Слажем се	У потпуности се слажем
Након опсервације детета васпитачима дајемо инструкције на који начин да поступају са дететом и каква прилагођавања да примене.	0	1	2	3	4
Васпитачима дајем инструкције о прилагођавању активности у васпитно образовном процесу за децу која имају сметње у развоју	0	1	2	3	4
Након опсервације детета обавимо разговор са родитељима	0	1	2	3	4
Родитељи су спремни за сарадњу и прихватају инструкције стручњака стручне службе	0	1	2	3	4
Родитељи се сами обраћају за помоћ стручној служби када су из неког разлога забринуте за дете	0	1	2	3	4
Вршимо праћење детета са сметњама у развоју и његових постигнућа на месечном, тромесечном, полугодишњем нивоу	0	1	2	3	4
Након што добијемо информацију од васпитача да имају проблем у групи са извесним дететом, у кратком року (3 дана) започињемо процес опсервације детета.	0	1	2	3	4
Након опсервације и разговора са родитељима, васпитачима дајемо план по коме треба да раде са дететом (које испољава сметње) у групи и одређена прилагођавања која треба да учине како би оно било потпуно укључено.	0	1	2	3	4
Присуство дефектолога као стручног сарадника у тимовима ПУ олакшало би рад са децом која испољавају сметње или тешкоће у развоју или понашању.	0	1	2	3	4

У стручној служби ПУ довољни су педагог и психолог као подршка деци са сметњама и поремећајима у развоју и понашању.	0	1	2	3	4
Превелики број деце покрива један стручни сарадник на терену у оквиру ПУ.	0	1	2	3	4

На месечном нивоу, у просеку, васпитачи ме обавештавају о проблемима које имају са децом _____ пута

Током прошле године опсервирала сам _____ деце на позив васпитача.

Као стручни сарадник на терену покривам ____ вртића што укупно представља _____ група у којима борави _____ деце.

Желим да додам:

.....

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Снежана (Бранко) Илић рођена је 01. Јануара 1977 године у Београд. Мајка је двоје деце.

Постдипломске студије: Магистарске студије на научном подручју Соматопедија уписала је октобра 2001. године. Све испите предвиђене програмом магистарских студија положила је у предвиђеном року, са просечном оценом 10,00.

Магистарску тезу под називом „ЕВАЛУАЦИЈА МОТОРИЧКИХ АКТИВНОСТИ У ПРОГРАМИМА РАЗВОЈНИХ ГРУПА“ одбранила је 2007. год. са највишом оценом на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију - Универзитета у Београду.

Дипломирала је на Дефектолошком факултету, Одсек за Соматопедију, 2001. године, са високом просечном оценом (9,62) и оценом 10 на дипломском испиту. За постигнуте резултате, више пута је награђивана. Добитник је факултетске награде која се додељује најбољем студенту генерације (2000. године), награде фондације “Универзитет будућности”, као један од 1000 најбољих студената са свих универзитета у Републици Србији и награде Норвешке амбасаде у виду једнократне стипендије.

У звању млађег истраживача, сарађивала је у реализацији међународног међуниверзитетског пројекта (2006-2009) који је окупио истраживаче са Универзитета: у Београду, Ослу, Загребу, Љубљани, Скопљу и Сарајеву. Сарађивала је и на пројектима “Инвалидске студије” (Oxfam, 2002); “Права и потребе особа са инвалидитетом” (Министарство за рад и социјална питања, 2003). Партиципант је већег броја едукативних семинара: UNESCO Тренинг за инклузивно образовање (2005), Светски конгрес особа са инвалидитетом у Winiperegu (Kanada, 2004); “Квалитетно образовање за све” (Министарство просвете и спорта, 2003); „Активно учење у раду са децом маргинализованих група“ (основни и супервизорски ниво едукације, сертификован од стране Министарства просвете, 2008), "Образовање и васпитање деце са посебним потребама" и “Квалитетно образовање за све” (Министарство просвете и спорта, 2004), Тренинг тренера за реализацију семинара сензибилизације ”Деца са посебним потребама – основна права и потребе, образовне потребе и укључивање“, 2005. године.

Објавила је више научних и стручних чланака у домаћим и међународним часописима са рецензијом: рад у категорији M23, четири рада у научном часопису националног значаја, објављена у целини; седам радова у зборнику радова са међународног научног скупа, објављена у целини; три рада у зборнику радова са националног научног скупа, објављена у целини; пет радова у зборнику радова са међународног научног скупа, објављена у изводу; десет радова у зборнику радова са националног научног скупа, објављена у изводу и четири поглавља у научним монографијама. Учествовала у организацији националних и међународних стручних и научних скупова.

Запослена је од 2003 године на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитета у Београду у звању асистента приправника, а од 2009 године у звању асистента.

Изјава о ауторству

Потписани-а **Снежана Б. Илић**

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

” Деца са сметњама у развоју у редовним предшколским групама: нови поступци идентификације, процене и подршке ”

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршила ауторска права и користила интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанта

У Београду, 10.6.2014.



Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: **Снежана Б. Илић**

Наслов рада ” **Деца са сметњама у развоју у редовним предшколским групама: нови поступци идентификације, процене и подршке**”

Ментор др Снежана Николић, редовни професор

Потписана **Снежана Б. Илић**

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанта

У Београду, 10.6.2014.



Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

« Деца са сметњама у развоју у редовним предшколским групама: нови поступци идентификације, процене и подршке »

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предала сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство

2. Ауторство - некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанта

У Београду, 10.6.2014.


