



УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ СКОПЈЕ  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ



Иво Куновски

**ПРЕВЕНЦИЈА НА АНКСИОЗНОСТ КАЈ ДЕЦА И  
НИВНИТЕ РОДИТЕЛИ**

Докторски труд

Скопје, 2024



SS CYRIL AND METHODIUS UNIVERSITY IN SKOPJE  
FACULTY OF MEDICINE



Ivo Kunovski

**PREVENTION OF ANXIETY IN CHILDREN AND  
THEIR PARENTS**

Doctoral Dissertation

Skopje, 2024

## Резиме

**Вовед:** Анксиозноста претставува вообичаена емоционална реакција при перцепција на потенцијална опасност. Но, кога анксиозноста се интензивира и го попречува секојдневното функционирање, може да се смета дека состојбата зазема патолошка форма. Анксиозноста претставува проблем кој се јавува рано во развојот и е забележлива кај децата уште од предучилишна возраст. Последиците од овој проблем се долгорочни и се бележат значително негативни ефекти врз академските постигнувања, работната способност, семејните и социјални релации и понатамошното влошување на ментално здравје на децата и нивните родители/ старатели. Но, покрај последиците врз здравјето и функционалноста, недоволно внимание се посветува на превенција на анксиозноста кај децата на рана возраст и нивните родители/ старатели од општата популација. Особено недостасуваат податоци за анксиозноста кај оваа ранлива група во Република Северна Македонија.

**Цели:** Главната цел на оваа докторска дисертација беше да ги истражи локалните фактори од важност во превенцијата на анксиозност кај деца на предучилишна и училишна возраст и нивните родители/ старатели. Специфично, истражувањето целеше да ја одреди застапеноста на анксиозноста, да ги идентификува доминантните фактори на ризик, како и да ја тестира ефективноста на програма за родителски вештини во намалување на анксиозност кај децата и нивните родители/ старатели.

**Материјали и методи:** Истражувањето претставуваше рандомизирана контролна студија, спроведена со родители/ старатели на деца на предучилишна (2-5 години) и училишна (6-9 години) возраст. Собирањето на податоците се одвиваше во две фази: пред вклучувањето на испитаниците во интервентна (онлајн програма за родителски вештини) и контролна (лекција за родителство) група, како и веднаш после нивното учество во двете групи. Како примарни параметри беа земени социодемографски податоци и зададени беа прашалници за самопроценка на анксиозност кај децата и родителите/ старателите. Како секундарни параметри беа зададени прашалници за самопроценка на депресија кај родителите/ старателите, дисфункционалните родителски практики и родителскиот конфликт. Во статистичката обработка беа користени непараметарски тестови, анализа на коваријанса,

регресиони тестови и Akaike Information Criterion во модел селекцијата на доминантните фактори на ризик.

**Резултати:** Во истражувањето учествуваа вкупно 288 родители/ старатели, од кои 153 (53%) беа родители/ старатели на деца на предучилишна возраст и 135 (47%) на училишна возраст. Мнозинството испитаници беа од женски пол (95%), мајки (94%), со завршено високо образование (72%), вработени (88%) и во брак (85%). Обработката на податоците покажа дека над 10% од децата на предучилишна возраст и над 15% од децата на училишна возраст во земјата имаа клинички значајни нивоа на анксиозност, додека повеќе од 44% од родителите/ старателите изјавија натпросечни нивоа на анксиозност. Селектирните модели покажаа дека доминантните фактори на ризик за анксиозност со симптоми на депресија кај деца на предучилишна возраст го вклучуваа адитивниот ефект на изложеноста на дисфункционални родителски практики ( $\beta=3.628$ ,  $p=0.025$ ) и родителски конфликт ( $\beta=0.407$ ,  $p=0.000$ ). За анксиозност со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст тоа беа женскиот пол ( $\beta=-4.008$ ,  $p=0.040$ ), родителскиот конфликт ( $\beta=-0.131$ ,  $p=0.462$ ) и депресивноста ( $\beta=0.712$ ,  $p=0.000$ ) кај родителите/ старателите. За анксиозност со соматски симптоми беше истакнат адитивниот ефект на анксиозност кај родителите/ старателите ( $\beta=0.169$ ,  $p=0.001$ ) и родителскиот конфликт ( $\beta=-0.042$ ,  $p=0.457$ ). Кај родителите/ старателите се забележа мешано влијание на факторите од индивидуално и семејно ниво. Селекцијата на моделите покажа дека адитивниот ефект од депресивноста на родителите/ старателите ( $\beta=0.858$ ,  $p=0.000$ ), родителскиот конфликт ( $\beta=-0.000$ ,  $p=0.998$ ) и бројот на возрасни членови во домаќинството ( $\beta=-1.017$ ,  $p=0.015$ ) ги претставуваа доминантните фактори на ризик кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст. Кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст беше истакнат адитивниот ефект на депресивноста на родителите/ старателите ( $\beta=0.599$ ,  $p=0.000$ ) и родителскиот конфликт ( $\beta=0.144$ ,  $p=0.056$ ). На крај, 148 (51%) од испитаниците беа рандомизирани во онлајн програмата за родителски вештини и 140 (49%) од нив во контролна група. Тестираната онлајн програмата за родителски вештини се покажа како ефикасен метод во намалување на анксиозност кај деца и родители/ старатели, но нејзината ефективност се потврди само за родителите/ старателите на деца на училишна возраст ( $F=4.561$ ,  $p=0.035$ ) со умерен ефект ( $\text{Partial Eta}^2=0.047$ ).

**Заклучок:** Истражувањето ги понуди првите наоди за стапките на застапеност на анксиозност кај деца на предучилишна и училишна возраст и нивните родители/ старатели во државата. Презентираните модели обезбедија докази за доминантните фактори на ризик, спецификите на нивните адитивни ефекти и важноста од таргетирањето на семејните интеракции во дизајнирањето на превентивни стратегии за анксиозност кај деца и родители/ старатели. Тестираната програма за родителски вештини се покажа како ефикасна во намалување на анксиозност кај сите возрасни групи, но нејзината ефективност беше забележана само кај родителите/ старателите. Резултатите од оваа докторска дисертација може да понудат информации од значење за практичари и истражувачи во полето на јавното здравје, менталното здравје, социјалната заштита, како и да понудат насоки за понатамошна научно-истражувачка работа во подобро разбирање на повеќеслојните ефекти на факторите на ризик и развојот на превентивни стратегии за анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели.

**Клучни зборови:** Анксиозност, Деца, Родители, Старатели, Застапеност, Фактори на ризик, Родителство.

## Abstract

**Introduction:** Anxiety is a common emotional reaction to the perception of potential danger. However, when anxiety symptoms intensify and interfere with a person's functioning, it can be considered that the condition takes a pathological form. Anxiety is a problem that appears early in development and is detectable in children at an early age. It has long-term consequences and a negative impact on academic achievements, working abilities, family and social relations, and later mental health. Yet, despite its effects on health and functioning, insufficient attention is paid to the prevention of anxiety in children and their parents/ caregivers in the general population. Data on anxiety and this vulnerable group in the Republic of North Macedonia is especially scarce.

**Objectives:** The main objective of this doctoral dissertation was to investigate the local factors of relevance to the prevention of anxiety in children and their parents/caregivers. Specifically, the research aimed to determine prevalence rates of anxiety, to identify the dominant risk factors, and to test the effectiveness of a parenting program in reducing anxiety symptoms in children and their parents/caregivers.

**Materials and methods:** A randomized control study was conducted with parents/caregivers of preschool (2-5 years) and school (6-9 years) aged children. Data collection took place in two instances: before the participants' allocation to an intervention (online parenting program) and control (parenting lecture) condition, as well as immediately after their participation in the two conditions. As primary outcome measures, data was collected on sociodemographics and anxiety in children and parents/ caregivers. As secondary outcome measures, data was collected on depression in parents/ caregivers, dysfunctional parenting practices, and parental conflict. Data was analyzed using nonparametric tests, analysis of covariance, regression tests, and the Akaike Information Criterion for model selection of the dominant risk factors.

**Results:** A total of 288 parents/ caregivers participated in the research, of which 153 (53%) were parents/ caregivers of preschool-age children and 135 (47%) of school-age children. The majority of respondents were female (95%), mothers (94%), with a university degree (72%), employed (88%) and married (85%). Data analyses showed that over 10% of preschool children and over 15% of school-aged children in the country had clinically significant levels of anxiety,

while more than 44% of parents/ caregivers reported above-average levels of anxiety. Model selection showed that the dominant risk factors for anxiety with depressive symptoms in preschool children included the additive effects of exposure to dysfunctional parenting practices ( $\beta=3.628$ ,  $p=0.025$ ) and parental conflict ( $\beta=0.407$ ,  $p=0.000$ ). For anxiety with depressive symptoms in school-aged children, they were female gender ( $\beta=-4.008$ ,  $p=0.040$ ), parental conflict ( $\beta=-0.131$ ,  $p=0.462$ ) and depression ( $\beta=0.712$ ,  $p=0.000$ ) in parents/ caregivers. For anxiety with somatic symptoms, the additive effect of anxiety in parents/ caregivers ( $\beta=0.169$ ,  $p=0.001$ ) and parental conflict ( $\beta=-0.042$ ,  $p=0.457$ ) was highlighted. Among the parents/caregivers, a mixed influence of individual and family level factors was observed. Model selection showed that the additive effect of parent/caregiver depression ( $\beta=0.858$ ,  $p=0.000$ ), parental conflict ( $\beta=-0.000$ ,  $p=0.998$ ) and the number of adult members in the household ( $\beta=-1.017$ ,  $p=0.015$ ) represented the dominant risk factors among parents/ caregivers of preschool children. Among the parents/ caregivers of school-aged children, the additive effect of depression of the parents/caregivers ( $\beta=0.599$ ,  $p=0.000$ ) and parental conflict ( $\beta=0.144$ ,  $p=0.056$ ) was highlighted. Finally, 148 (51%) of the participants were randomized to the online parenting program and 140 (49%) of them to the control group. The tested online parenting program proved to be an effective method in reducing anxiety in children and parents/ caregivers, but its effectiveness was confirmed only for parents/ caregivers of school-aged children ( $F=4.561$ ,  $p=0.035$ ) with a moderate effect (Partial  $\eta^2=0.047$ ).

**Conclusion:** The study offered first findings on prevalence rates of anxiety among preschool and school aged children and their parents/ caregivers in the country. The presented models provided evidence for the dominant risk factors, the specifics of their additive effects and the importance of targeting family-related risk factors in prevention strategies for anxiety in children and their parents/ caregivers. The parenting program demonstrated its efficacy in reducing anxiety symptoms for all age groups, yet its effectiveness was shown only for parents/ caregivers. The results of this dissertation could offer information of importance to practitioners and researchers in the fields of public health, mental health, social protection. The results could also offer directions for further research in improving the understanding of the multifaceted effects of risk factors, and the development of prevention strategies for anxiety in children and their parents/ caregivers.

**Keywords:** Anxiety, Children, Parents, Caregivers, Prevalence, Risk factors, Parenting.



## Содржина

1. Вовед .....	11
1.1 Анксиозноста низ развојот.....	11
1.2 Карактеристики на анксиозноста .....	14
1.3 Еколошки модел на ризик .....	16
1.4 Улогата на родителите .....	19
1.5 Програми за родителски вештини.....	21
1.6 Локален контекст.....	24
2. Цели и хипотези .....	29
2.1 Главна цел .....	29
2.2 Специфични цели.....	29
2.3 Хипотези .....	29
3. Материјали и методи .....	31
3.1 Дизајн на истражување.....	31
3.2 Примерок .....	31
3.3 Мерни инструменти.....	32
3.3.1 Примарни мерни инструменти .....	32
3.3.2 Секундарни мерни инструменти .....	36
3.4 Експериментални групи .....	37
3.4.1 Интервентна група .....	37
3.4.2 Контролна група.....	42
3.5 Статистичка обработка .....	44
4. Резултати.....	46
4.1 Социодемографски податоци.....	46
4.2 Застапеност на анксиозност .....	58
4.2.1 Застапеност на анксиозност кај деца .....	58
4.2.2 Застапеност на анксиозност кај родители .....	62
4.3 Фактори на ризик за анксиозност кај деца .....	65
4.3.1 Корелации меѓу факторите на ризик и анксиозноста кај деца .....	65
4.3.2 Доминантни фактори на ризик за анксиозност кај деца .....	68
4.4 Фактори на ризик за анксиозност кај родители .....	75

4.4.1 Корелации меѓу факторите на ризик и анксиозноста кај родители .....	75
4.4.2 Доминантни фактори на ризик за анксиозност кај родители .....	77
4.5 Ефективност на програмата во намалување анксиозност.....	82
4.5.1 Ефективност во намалување на анксиозност кај деца .....	82
4.5.2 Ефективност во намалување на анксиозност кај родители .....	89
5. Дискусија .....	94
5.1 Застапеност на анксиозност.....	95
5.2 Фактори на ризик .....	100
5.3 Ефективност на програма за родителски вештини.....	105
6. Заклучок.....	113
7. Користена литература.....	115
Прилози.....	129

# 1. Вовед

## 1.1 Анксиозноста низ развојот

Анксиозноста претставува нормално и вообичаено емоционално доживување. Таа е поврзана со нашата подготвеност и реакција при перцепцијата на закана или потенцијална опасност. Со тоа, анксиозноста е основна емоција која произлегува од интеракцијата на поединците со околината и е поврзана со инстинктот за преживување (1). Анксиозноста е и често доживување за време на детството, но типично е минлива и бледнее за кратко време (2). Голем број практичари го имаат минимизирано значењето на анксиозноста во детството, што има доведено до посветено лимитирано научно внимание на овој феномен (3). Но, во текот на изминатите години, ова гледиште се има променето, особено со придонесот на студиите кои укажуваат дека значителен дел од анксиозните проблеми следат хроничен тек, а во многу случаи опстојуваат и во зрелоста (4).

Анксиозноста се смета и за најчест ментално здравствен проблем со значително и сериозно влијание врз здравствените системи на глобално ниво (5). Стапката на застапеност кај деца се смета дека достигнува до 20% (6), додека кај возрасни анксиозноста е проценета дека се јавува кај околу 15% од оваа популација (7). Но, застапеноста на овој ментално здравствен проблем се разликува помеѓу различни општества. Достапните податоци укажуваат на повисока застапеност на анксиозност во земјите со среден и низок економски приход, кои се соочуваат со недоволен број на истражувања на темата (8).

Истражувањата, кои детално ја испитуваат симптоматологијата на анксиозноста, имаат идентификувано неколку главни составни фактори на оваа состојба (9). Првиот фактор се карактеризира со активација на автономниот нервен систем, причинувајќи ја реакцијата на борба или бегство, со што е дефиниран како страв. Стравот е оној кој вообичаено се манифестира во услови на непосредни и блиски закани, служејќи ја јасната функција на организмот за моментални одговори на борба или бегство. Ова активирање го вклучува симпатетскиот нервен систем, прикажан преку проширени зеници, зголемен пулс, забрзано дишење и мускулна напнатост.

Од друга страна, вториот фактор е карактеризиран со вознемиреност, напнатост и загриженост. Конфронтацијата со дистални закани, поврзани со потенцијални негативни идни настани, во човечкиот организам предизвикува вознемиреност, напнатост и загриженост, додека пак откривањето на вистинска непосредна закана резултира со страв. Самиот одговор на страв може да се движи од очекувана возбуда кога ќе се соочиме со дразба која е тесно поврзана со заканата, сè до интензивен страв или паника при целосна изложеност на заканувачката дразба или ситуација (10). Одредени истражувања истакнуваат и дека повторувачките негативни мисли, како што е загриженоста, претставуваат дополнителен трансдијагностички конструкт, кој се преклопува и со други психолошки нарушувања, како депресијата и опсесивно компулсивното растројство. Овие повторувачки мисли може да се движат од транзиторни до екстремни форми, како што се опсесивните (11) или руминациски мисли (12).

Дополнително, важна улога во анксиозноста играат и одбегнувачките однесувања, кои може да се од различен интензитет, а типовите на одбегнување може да се разликуваат и во зависност од возраста (13). На пример, најчестите одбегнувачки однесувања кај деца, вклучуваат несигурност кај детето да биде само или без присуство на возрасен, како и одбивање да спие подалеку од родителите/ старателите или пак далеку од дома (14). Но, одредени истражувања истакнуваат дека одбегнувачките однесувања кај деца може да прогресираат и со соматски поплаки. Овој модел често започнува од изјави за неспецифично и непријатно чувство, па сè до чести поплаки за стомачни болки или главоболки (15).

Манифестациите на анксиозност варираат кај различни возрасни групи и анксиозноста кај децата содржи специфични карактеристики. Кај децата, анксиозноста може да се смета за нормална за време на одредени развојни фази, како што е сепарационата анксиозност или стравот од темница во раното детство. Меѓутоа, кога анксиозноста станува прекумерна, постојана и го попречува секојдневното функционирање, може да се смета дека веќе зазема патолошка форма (16). Специфичностите на анксиозноста кај деца вклучуваат неколку аспекти со кои овој проблем на менталното здравје се разликува од манифестациите кои се среќаваат кај возрасните.

Првично, кај децата отсуствува увидот и разбирањето за своите стравови и проблеми, што претставува аспект кој е клучен во проценувањето на анксиозноста кај возрасните (17). Понатаму, голема е веројатноста појавата на анксиозни проблеми кај деца да резултира со последици по нивниот развој (18). На пример, одбивањето детето да се одвои од својот родител/ старател, или отежнато да се сепарира, може да доведе до тешкотии и ограничувања со училишните постигнувања или способностите за социјализација. Дополнително, значителна улога во развојот и одржувањето на анксиозноста кај деца имаат нивните родители/ старатели. Истражувањата покажуваат дека доколку кај еден од родителите/ старателите се јавуваат анксиозни проблеми, веројатно е дека и децата ќе се соочуваат со анксиозност (19). Тоа укажува дека однесувањата на родителите/ старателите може да поттикнуваат анксиозност, која не е целосно објаснета со генетска наследност (20).

Анксиозноста сепак е проблем кој се јавува рано во развојот и е со забележлива манифестација кај децата уште на предучилишна возраст (21). Истражувањата укажуваат дека анксиозноста кај децата е составен дел од интернализирачката симптоматологија и се проценува како позастапена од екстернализирачките проблеми кај деца (22). Анксиозноста има долгорочни последици во текот на адолесценцијата и возрасниот период со негативно влијание врз академските постигнувања, работната способност, семејните и социјални релации (23). Слично, студии укажуваат на анксиозноста и како предиктивен фактор за развојот на други психолошки нарушувања во текот на животот, како што е депресијата, суицидалното однесување и злоупотребата на психоактивни супстанции (2). Но, покрај нивното негативно влијание, недоволно внимание се посветува на анксиозноста кај деца и нивните родители/ старатели во истражувањата и во праксата (3,24).

## 1.2 Карактеристики на анксиозноста

Вообичаено во клиничката пракса, поставувањето на дијагноза нуди основа за разбирање на проблемите и градење на пристапот на лекување. За тие цели, најчесто користените системи за класификација на психолошките нарушувања се Дијагностичкиот статистички прирачник (25) и Меѓународната класификација на болести (26), со своите неодамнешни најнови изданија. Во рамките на нивната структура, психолошките нарушувања се наведени како категории кои содржат свои специфични критериуми. Спецификацијата на критериумите претставува подобрување во однос на претходните изданија на овие прирачници, но недостаток на категорискиот пристап се честите преклопувања во симптоматологијата меѓу различните психолошки нарушувања. Тоа е особено случајот кога зборуваме за коморбидитетите кај деца со анксиозни проблеми, кои може да се сметаат повеќе како правило, отколку исклучок (21,27).

На пример, Кендал и соработниците (Kendall et al.; (28)) имаат спроведено студија со голем и репрезентативен примерок на млади со анксиозност (N=488). Учесниците, на возраст меѓу 7 и 17 години (M=11), биле пријавени со примарна дијагноза на анксиозност, вклучително сепарациона анксиозност, генерализирано анксиозно растројство или социјална фобија. Резултатите од студијата укажуваат дека, од вкупниот број учесници, повеќе од половина (55.3%) исполнувале критериуми за едно или повеќе нарушувања, покрај основната дијагноза на анксиозност. Од оваа група, 34.8% имале едно дополнително нарушување, 16.2% имале две, 2.9% имале три, а 1.2% исполнувале критериумите за четири нарушувања.

Слично, МекЕлрој и соработниците (McElroy et al.; (29)) имаат спроведено лонгитудинална студија на меѓусебно поврзаната структура на симптоми на анксиозност и депресија, започнувајќи од раното детство до средна адолесценција (5-14 години). Анализирани биле податоци од голем примерок (N = 1147), земен од проспективна кохортна студија, спроведена во САД. Симптомите на депресија и анксиозност биле проценети во 7 инстанции, користејќи ги изјавите на мајките. Резултатите од оваа студија покажале дека симптомите на анксиозност и депресија се силно меѓусебно поврзани во и помеѓу двата домени. Дополнително, нивните наоди покажале дека ставките за депресија и анксиозност не формирале различни кластери во проучуваниот развојен период, дотолку

повеќе што се чини дека линеарно се зголемувале со време. Авторите сугерираат дека ова зголемување на поврзаноста во текот на развојот укажува дека симптомите на анксиозност и депресија се засилуваат едни со други, што потенцијално можеби ја објаснува високата застапеност на овие нарушувања во текот на развојот.

Соматските манифестации, исто така, често се среќаваат кај деца со анксиозни проблеми, кои се асоцираат со повисок интензитет на анксиозност и функционални пречки (15). Децата кои се соочуваат со анксиозност често изјавуваат појави на главоболки, стомачни болки, мускулна напнатост, потење и поспаност, за кои истражувања истакнуваат дека децата уште од рана возраст ги поврзуваат со емоцијата анксиозност (30). Во однос на соматските симптоми кај анксиозноста, Кроули и соработниците (Crawley et al.; (31)), меѓу другото, ги испитувале клиничките карактеристики поврзани со соматски симптоми кај деца со анксиозност. Истражувачите спровеле рандомизирана контролна студија со 488 деца на возраст од 7-17 години. Нивните резултати истакнале дека повеќе од 95% од децата изјавиле најмалку еден соматски проблем, каде вообичаените поплаки вклучувале главоболки, стомачни болки, чувство на студ и нарушен сон, како несоница и/или поспаност. Дополнително, децата кои изјавувале соматски симптоми имале и поголема веројатност да покажуваат поизразена клиничка слика, за разлика од оние кои не изјавувале присуство на вакви симптоми.

Релевантен аспект при разгледувањето на карактеристиките на анксиозноста е дека не земањето предвид на супклиничките форми на анксиозноста, може да доведе до значителни лажно негативни случаи. Причината за тоа се резултатите од претходно спроведени систематски истражувања, кои содржат континуирани докази за влијанието на различните ментални нарушувања кои се под клиничкиот праг (32). Овие показатели се особено истакнати кога зборуваме за симптомите на анксиозност.

На пример, Халер и соработниците (Haller et al.; (33)) спровеле систематски преглед за проценка на распространетоста, ризикот од хроничитет, економските последици, како и потребата за третман на супклиничка анксиозноста. Во истражувањето биле вклучени вкупно 48241 учесник од 15 годишна возраст и повеќе. Прегледот укажува на двојно повисока застапеност на супклиничките симптоми, во споредба со клиничките форми на анксиозност, каде повисоки стапки на застапеност се јавуваат кај адолесцентната

популација во споредба со другите возрасни групи. Дополнително, истражувања покажуваат дека дури и супклиничките форми на анксиозност за време на детството се асоцирани со негативни ментално здравствени исходи понатаму во животот. Ова укажува дека вреди да се инвестира во стратегии за превенција и интервенција во неклиничките популации (34).

### **1.3 Еколошки модел на ризик**

Од особена важност во превенцијата на анксиозноста кај деца и нивните родители/старатели е идентификувањето на факторите на ризик (35). Важен податок е дека изложеноста на неповолни средински искуства за децата, како што е анксиозност кај родителот/старателот, присуство на партнерски конфликт и сиромаштија, го зголемува ризикот за развој на проблеми со менталното здравје, вклучително и анксиозноста. Ваквите податоци може да укажуваат и на споделени фактори на ризик меѓу родителите/старателите и децата (36). Заради тоа, при идентификувањето на факторите на ризик врз менталното здравје, литературата ја истакнува важноста од проучување на мултиплиите фактори на ризик, во однос на нивната близина до непосредното искуство на поединците, т.е. нивната проксималност и дисталност. Факторите на ризик играат клучна улога врз менталното здравје на децата, земајќи ги во предвид личните предиспозиции и особини, семејната средина и семејните искуства, како и улогата на социоекономските влијанија врз здравјето (37).

Еколошкиот модел на ризик е пристап кој овозможува егзаминација на мултисистемското влијание на различните фактори на ризик врз здравјето на поединците (38,39). Овој концептуален модел сугерира дека развојот и здравјето на децата се под влијание на прогресивно сè покомплексни реципрочни интеракции меѓу децата и сите видови на искуства од околината. Тука особено е важно да се разгледаат две форми на интеракции во согледувањето на ризиците. Прво, тука е интеракцијата на децата како поединци со нивното непосредно социјално опкружување, доминантно претставено од семејството (т.н. микросистем), кое опфаќа различни и комплексни процеси, настани и



односи. Второ, постои интеракција меѓу семејниот систем и поширокото опкружување, како заедницата и положбата во општеството (т.н. егзосистем или макросистем) (40).

Според тоа, истражувањата на еколошкиот модел на ризик и интернализирачките проблеми кај деца имаат резултирано со теоретска рамка на влијанија, кои го делат еколошкиот простор на фактори на ризик од индивидуално, семејно и социјално ниво (41,42). Индивидуалните фактори на ризик го вклучуваат личното ментално здравје и лични особини, како на пример возраст и родови улоги. Понатаму, средински фактори на ризик ги вклучуваат процесите кои се одвиваат во најблиската средина, како што се семејните односи и родителските стилови. На крај, социјалните фактори на ризик се однесуваат на пошироката заедница и социоекономските влијанија, како на пример работниот статус или нивото на образование (42,43). Во оваа смисла, факторите на ризик се елементите кои придонесуваат кон зголемена веројатност за појава на проблеми кај децата. Во рамка на еколошкиот модел, социјалните и психолошките елементи покажуваат силно влијание врз менталното здравје на децата, со посилен импакт дури и од индивидуалните карактеристики (44).

Истражувањата имаат истакнато повеќе фактори на ризик, кои може да влијаат на развојот на анксиозноста кај деца и возрасни. Од индивидуалните фактори, истражувањата укажуваат дека анксиозните и депресивни симптоми се високо корелирани помеѓу себе. На пример, Ламерс и соработниците (Lamers et al.; (45)) имаат спроведено кохортна студија со 1783 возрасни испитаници. Нивните резултати укажуваат дека од испитаниците со депресија, 67% имале и тековна анксиозност. Исто така, од испитаниците со анксиозност, 63% имале и тековна депресија. Слични показатели се достапни и од истражувања спроведувани со деца (29). Понатаму, голем број истражувања укажуваат и на повисока застапеност на анксиозност кај припадници од женскиот пол, каде девојчиња се со значително повисок ризик од момчињата да имаат умерени до тешки симптоми на анксиозност (46). Истражувањата укажуваат на слични резултати и кај возрасната популација (47). Дополнително, студии спроведени со општата популација укажуваат дека постои тенденција симптомите на анксиозност да се интензивираат низ развојот, од детство до адолесценција (48).

Во однос на семејните фактори на ризик, постојат повеќебројни докази за поврзаноста меѓу анксиозноста кај деца и дисфункционалните родителски стилови, кои се карактеризирани со висока потреба за контрола или рестриктивност, вербално насилство, како и често користење на критика и отфрлање (49). Дополнително, постои значајна поврзаност помеѓу присуството на анксиозност и интензитетот на меѓупартнерскиот конфликт во семејството. На пример, студијата на Камингс и соработниците (Cummings et al.; (50)) истакнува дека меѓупартнерскиот конфликт резултира со емоционални реакции кај децата, кои го сведочат насилниот однос на родителите. Според истражувањето, односите карактеризирани со употреба на навреди, хостилност и повлекување придонесуваат кон негативната емоционалност кај деца, вклучително и анксиозност. Покрај родителскиот стил, важен фактор за менталното здравје на децата се покажува дека е и менталното здравје на родителите/ старателите, каде истражувањата укажуваат на присутен директен пренос на анксиозноста од родителите/ старателите на нивните деца (51).

Истражувањата фокусирани на социјалните фактори на ризик ја истакнуваат асоцираноста помеѓу анксиозноста кај децата и нискиот социоекономски статус на семејствата, често проценуван преку работниот статус на родителите/ старателите и нивното ниво на образование. Голем број студии покажуваат дека нискиот социоекономски статус е поврзан со низа психолошки проблеми, што обезбедува докази за силното општествено влијание врз развојот на психолошки проблеми (52). На пример, Сантиаго и соработниците (Santiago et al.; (53)) спровеле студија со семејства со деца на возраст од 6-18 години, кои потекнуваат од низок социоекономски статус. Истражувачите демонстрирале дека нискиот социоекономски статус е асоциран со повисок интензитет на анксиозност кај деца.

Но, токму еколошкиот модел истакнува дека детскиот развој е под особено влијание на семејните фактори, бидејќи најголемиот дел од развојот децата го поминуваат во семејството (41). Заради тоа, истражувачите сè повеќе го пренасочуваат својот фокус кон испитување на семејни системи во разбирање на детското и родителско ментално здравје. На ова се надоврзува и теоријата на системи, според која семејствата содржат бројни меѓусебно поврзани елементи/ односи и содржат супсистеми кои функционираат

како независни системи, каде семејствата ја имаат способноста и потенцијалот да се прилагодат на промените и предизвиците. Истражувањата фокусирани на семејството ја потврдуваат идејата дека во разбирањето на менталното здравје на децата и родителите/старателите, потребно е да се земат предвид и случувањата и односите во семејствата (54).

#### 1.4 Улогата на родителите

Земајќи ги во предвид факторите кои влијаат врз развојот на децата, одредени истражувања сметаат дека ниту еден фактор нема поголемо значење од квалитетот на родителството што децата го добиваат (55). Достапната литература до сега има претставено сеопфатен преглед на развојот на нашето разбирање на стилите и практиките на родителство. Родителската улога опфаќа активности насочени кон обезбедување на опстанок и грижа на децата, како различни меѓусебно поврзани функции кои се развиваат во текот на развојот на детето. Родителите/старателите преземаат повеќе пристапи во различни контексти во текот на животот на детето за да ја поттикнат нивната добросостојба. Со тоа, ефективноста со која родителот/старателот ги исполнува своите родителски обврски, значително влијае врз приспособувањето, менталното здравје и добросостојбата на нивните деца сè до возрасната доба (56).

Според литературата (57), постојат четири различни типологии на родителство, вклучувајќи авторитарно (сурово и со високи барања), попустливо (малку барања и нејасни граници на однесување), авторитативно (респонзивно и со поставени граници на однесување) и занемарувачко (неодговорно и невнимателно) родителство. Од сите овие пристапи, се смета дека единствено авторитативното родителство користи позитивни и конзистентни дисциплински практики, кои придонесуваат кон градење на чувството на независност, компетентност и предвидливост во однесувањето кај децата.

Но, покрај родителскиот пристап, способноста на родителите/старателите да ги извршуваат своите родителски должности се подобрува кога тие живеат во стабилен однос со партнер, кој може да ги сподели и поддржи родителските одговорности. Со тоа, динамиката помеѓу родителите/старателите има силно влијание врз децата (58). Родителите/старателите во заемно поддржувачки односи имаат поголема веројатност да се

заеднички вклучени во родителството, да користат позитивни техники за родителство и да придонесат кон подобра приспособеност кај нивните деца (59). Имањето партнер за поддршка, за коордителство, не само што обезбедува практична помош, туку и ги изложува децата на пример за меѓупартнерска соработка, а не насилство. Истражувањата истакнуваат дека родителскиот конфликт претставува форма на хроничен стрес, кој го зголемува ризикот од соматски и ментално здравствени проблеми кај децата (60).

Истражувањата поврзани со родителската клима и анксиозните проблеми имаат привлечено значително внимание. За почеток, литературата истакнува дека постојат вродени варијации во емоционалната реактивност, како што е темпераментот, кои се индикативни за интернализирачките симптоми во текот на детството (61). Темпераментот кој се карактеризира со бавна приспособливост, зголемен афективен интензитет и склоност кон негативна емоционалност се истакнува како претходник на симптомите на анксиозност (62). Сепак, вреди да се забележи дека не сите деца со предизвикувачки темпераменти развиваат интернализирачки проблеми. Имајќи ја предвид нејзината клучна улога во животот на децата, истражувањата ја идентификуваат и родителската средина како фактор со значителен придонес за развој на интернализирачки проблеми во детството (63). Анализите, кои го истражуваат родителството на децата со анксиозност, предложуваат дека опкружувањето што им дава можност на децата да носат одлуки, особено во предизвикувачки ситуации, и тоа кое ја јакне нивната саморегулација и независност, придонесува кон подобри ментално здравствени исходи (64).

Неодамнешна популациска студија има спроведено лонгитудинално истражување со 545 родители на деца на предучилишна возраст во Австралија. Студијата открива дека дисфункционалните родителски практики, како што е користењето на сурова дисциплина и прекумерна контрола, биле значително асоцирани со веројатноста за развој на анксиозни проблеми кај деца до 6 годишна возраст (65). Дополнително, истражувања во сферата на родителството и анксиозноста истакнуваат дека родителите/ старателите, кои моделираат анксиозни однесувања, ја зголемуваат веројатноста нивните деца исто така да развијат анксиозност. Сепак, истражувачите тврдат дека овој меѓугенерациски пренос на психопатологија може да биде податлива цел за програми за превенција и интервенција (66).

Родителската улога се врши во различни социоекономски контексти и децата живеат во различни средински околности, услови кои нудат различни можности за развој (67). Оние кои се израснати во дисфункционални семејни средини се соочуваат со зголемена ранливост за појава на социјални, соматски и ментално здравствени проблеми во текот на нивниот живот. Дополнително, постои и значителна разновидност помеѓу родителите/ старателите во однос на нивното разбирање на детскиот развој, степенот на владеење ефективни методи на воспитување и одговорност при преземањето на родителската улога (68). За да се обезбеди средина која поттикнува одговорно и позитивно родителство, потребно е општеството да вложи ресурси во подготовка и поддршка на родителите/ старателите за секоја фаза од развојот на децата (69).

## **1.5 Програми за родителски вештини**

Во превенцијата на анксиозност кај деца, родителите/ старателите играат важна улога во промовирањето, поддржувањето и моделирањето на адаптивни стратегии за справување кај нивните деца при соочување со предизвикувачки ситуации (69). Промените во семејната динамика може да играат клучна улога во пристапувањето на анксиозноста кај деца и родители/ старатели. На пример, истражувањата забележале дека родителите/ старателите кои поседуваат поголемо знаење за ефективни стратегии за родителство, се оние кои имаат помала веројатност да се вклучат во дисфункционални родителски практики (70). Исто така, родителите/ старателите со ограничено знаење и доверба во нивните родителски способности би можеле да имаат корист од програми дизајнирани да ги подобрат нивните родителски вештини (71). Некои автори сугерираат и дека превентивните програми, кои се насочени на родителската анксиозност, може да се покажат како корисни во превенцијата на развојот на анксиозни проблеми кај децата (72).

Интервентните студии исто така ја истакнуваат важноста на вклучување на родителите/ старателите во справувањето со анксиозност кај деца. Рандомизираната контролна студија на Вуд и соработниците (Wood et al.; (73)), спроведена со 40 анксиозни деца на возраст од 6-13 години, ги анализира ефектите на когнитивно бихевиорална терапија со вклученост на семејството, во споредба со индивидуална когнитивно

бихевиорална терапија без вклученост на семејството. Според резултатите, интензитетот на анксиозноста, училишното функционирање, социјалните и семејните односи, биле значително подобрани во групата со семејна вклученост. Покрај тоа, 79% од децата биле проценети како целосно подобрани по учеството во групата со семејна вклученост. Но, достапната литература истакнува дека превентивните програми за родителски вештини се оние кои може да помогнат во идентификацијата на деца под ризик за развој на анксиозност, да го спречат влошувањето на проблемите и да ја пополнат празнината со недостапни или ограничени интервенции (74).

Постојат податоци кои истакнуваат дека универзалните програми, т.е. оние кои не се дизајнирани специфично за превенција на анксиозност, може да придонесат кон значајно намалување на анксиозни симптоми кај деца (75). Предноста на овие програми е намалената стигма асоцирана со учество, нивната достапност за поширока популација на родители/ старатели и вклучување на родители/ старатели на деца кои не би биле навремено идентификувани како под зголемен ризик (76). Во однос на тоа, Фисак и соработниците (Fisak et al.; (75)) имаат спроведено мета-анализа од 27 студии на програми за родителски вештини во намалување на анксиозност кај деца. Резултатите укажуваат на мали ефекти во намалување на симптоми кај деца ( $d=0.18$ ), веднаш по следење на програма, како и одржување на овој ефект 6 месеци после завршување на програмата ( $d=0.23$ ). Но, она што е од особена важност е дека авторите укажуваат на отсуство на статистички значајни разлики меѓу универзалните и таргетираните програми за родителски вештини.

Во однос на методите на спроведување и општо пристапот до родителска поддршка, постои зголемената потреба за стручни лица, кои заради ограничените капацитети, особено после искуствата со пандемијата со вирусот Ковид-19, не успеваат да ги покријат потребите на родителите/ старателите (77). Ова се случува во време кога родителите/ старателите се соочуваат со комплексноста на воспитувањето на нивните децата, во свет кој се менува со голема брзина. Следствено, многу родители/ старатели немале пристап до непосредна и лесно достапна помош за нивните родителски предизвици (78). Заради тоа, многу родители/ старатели се во потрага по информации и поддршка од алтернативни извори. Една таква алатка е интернетот, кој стана важен ресурс

за родителите/ старателите од денешницата, каде мнозинството од нив редовно го користат за да добијат информации поврзани со родителството (79). Во однос на тоа, програмите за родителски вештини, кои се спроведуваат преку интернет, имаат неколку предности во пристапот кон овој јавно здравствен проблем. Тоа ја вклучува нивната практичност, ниските трошоци за користење, зголемениот дофат и зголемената приватност која семејствата ја чувствуваат (80).

Од литературата постојат докази кои ги поддржуваат позитивните ефекти од универзалните програми за родителски вештини, кои се спроведуваат преку интернет. Неодамнешна мета-анализа (80) на онлајн програми за родителски вештини има испитано податоци од студии кои ги тестираат овие програми за деца од 2 до 12 години. За да бидат вклучени во анализата, тестираните програми требало да бидат спроведени преку интернет, да мерат исходи за бихевиорални и емоционални проблеми кај деца, да бидат рецензирани и да претставуваат рандомизирани контролни студии. Мета-анализата укажува дека од 2012 година се спроведени 12 рандомизирани контролни студии со вкупно 8 програми за родителство, од кои 10 ја евалуирале ефективноста на програмите за супклинички симптоми кај деца и родители/ старатели. Спроведените програми биле ефективни во намалување на емоционалните проблеми кај деца ( $g=-0.22$ ) и во подобрување на менталното здравје на родителите/ старателите ( $g=-0.33$ ). Единствено две студии, со програми за самопомош за родители/ старатели, не укажале на статистички значајни разлики во ефективноста на програмите во споредба со контролна група.

Слични мета-анализи укажуваат дека онлајн програмите за родителски вештини се значително поефикасни од листи на чекање во намалување на емоционални проблеми кај деца (81). Тие исто така не покажуваат дека постојат разлики меѓу онлајн програмите и оние спроведени непосредно или лице-в-лице (82), но и дека не постојат разлики меѓу таргетираните и универзални онлајн програми во намалување на емоционални проблеми кај деца (83). Сепак, бидејќи развојот на онлајн програми за родителство е актуелен последната деценија и повеќето истражувања се насочени кон екстернализирачки проблеми кај деца, истражувањата истакнуваат дека недостасуваат студии кои евалуираат универзални онлајн програми за родителски вештини во намалување на интернализирачки проблеми кај деца (84).

Од претходно наведеното, може да се увиди дека јакнењето на родителското учество во јавно здравствените стратегии се покажува корисно во намалувањето на интернализирачки проблеми кај деца. Во родителските програми, акцентот е ставен на промовирањето позитивни родителски практики, кои се фокусираат на поттикнување позитивно однесување, користење пофалби за посакувани однесувања, поставување граници, учење на емоционална регулација, како и учење вештини за решавање на проблеми (85). Но, повеќето програми кои се базирани на докази ги таргетираат родителите/ старателите и децата со дијагностицирани проблеми во однесувањето и емоциите. Со тоа, семејствата кои не се соочуваат со клинички проблеми кај своите деца, но имаат потреба од поддршка и информации, сепак имаат строго ограничен пристап до програми базирани на докази (86). Потенцијалот на универзалните програми за родителски вештини лежи во нивната способност да допрат до голем број на родители/ старатели, додека нивното спроведување преку интернет може да донесе и дополнителни предности за семејствата (80).

Но, значаен предизвик во достапноста на програмите за родителски вештини е што најголем дел од нив се евалуираат во земјите со висок економски приход. Следствено, не постојат доволно програми за родителски вештини, кои се евалуирани во земјите со низок и среден економски приход (35). Заради различните системски уредувања, социокултурни фактори и здравствени практики, генерализацијата и употребата на програмите за родителски вештини во Република Северна Македонија е особено ограничена.

## **1.6 Локален контекст**

Достапната литература укажува дека застапеноста на анксиозност се разликува помеѓу различни држави и култури. Ограничувањата делумно произлегуваат и од недостигот на студии и предизвици поврзани со методолошките аспекти (87). Но, особено недостасуваат податоци за анксиозноста во Република Северна Македонија.

Бакстер и соработниците (Baxter et al.; (7)) имаат спроведено преглед на дистрибуцијата на анксиозноста на глобално ниво. Истражувачите анализирале епидемиолошки податоци од различни држави кои проценувале присуство на анксиозност



кај популации од различна возраст. Резултатите укажуваат на застапеност на анксиозност на глобално ниво од 1.8-5.9% кај возрасни испитаници, каде застапеноста кај жени (4.1%) е речиси двојно повисока во споредба на истата кај мажи (2.2%). Но, од достапните 91 студија глобално, ниту една не се однесува на состојбата со анксиозноста во Република Северна Македонија. Покрај тоа, студијата на Прибе и соработниците (Priebe et al.; (88)), спроведена во пет држави од Југоисточна Европа, кои имале искуство со воен конфликт, укажува на повисока застапеност на анксиозност кај возрасни испитаници (15.6-41.8%), во споредба со државите со висок економски приход. Според резултатите, лицата на помала возраст, припадници на женски пол, невработени и самци биле под зголемен ризик за анксиозност. Но, недостасува сеопфатна анализа за состојбата со анксиозноста кај родителите/ старателите во Република Северна Македонија.

Во однос на анксиозноста кај деца, Ли и соработниците (Lee et al.; (89)) спровеле студија за застапеност на ментални нарушувања во Романија и Бугарија, користејќи примерок од училишни деца со просечна возраст од 9 години. Нивните резултати укажуваат на застапеност од 5.6-32.3% на анксиозност кај деца од различни етнички позадини. Но, оваа возрасна група е слабо истражувана во земјите со низок и среден економски приход (90). Покрај тоа, истражувањата за анксиозност кај деца во Република Северна Македонија се исклучително ретки и во главно земаат предвид специфични експериментални ситуации (91). Но, податоци за застапеноста и факторите на ризик за анксиозност кај деца на предучилишна и училишна возраст од општата популација не се достапни за Северна Македонија.

Во Република Северна Македонија до сега се спроведени две национални студии за ментално здравје кај млади, од кои може да се извлекуваат одредени насоки. Студијата за однесувањето поврзано со здравјето кај децата од училишна возраст (ХБСЦ; (92)) е меѓународна студија која го истражува менталното здравје и добросостојба на децата на возраст од 11 до 15 години, а последниот циклус е реализиран во 2022 година. Резултатите откриваат широко застапен и загрижувачки тренд низ светот, вклучително и Република Северна Македонија, на проблеми со менталното здравје. Се покажува дека проблемите растат со возраста кај младите, со особено забрзан тек помеѓу адолесцентните девојчиња. Според најновите податоци, 6 од 10 девојчиња на 15 годишна возраст во државата страдаат

од повеќе психосоматски тегоби истовремено во неделата, вклучително болки во стомакот, главоболки, вознемиреност, раздразливост, проблеми со спиењето и концентрацијата. Оваа студија сепак е насочена кон неспецифични и неклинички проблеми кај адолесценти. Но, од особена важност се податоците кои истакнуваат дека недостатокот на поддршка од семејството е асоциран со повисок интензитет на интернализирачки проблеми кај адолесцентите (93).

Дополнително, тим од Универзитетската клиника за психијатрија во Скопје, во текот на 2022 година има реализирано студија за менталното здравје на адолесцентите и нивните старатели за време на пандемијата со Ковид-19 (94). Студијата има покажано дека речиси една четвртина (23.7%) од адолесцентите имале клинички нивоа на анксиозност, а повеќе од 42% од нив изјавиле за постоење на умерени до тешки симптоми на анксиозност. Од друга страна, клиничките нивоа на анксиозност кај родителите/старателите биле значително пониски (6.1%). Резултатите покажуваат дека во споредба со возрасните, адолесцентите неколкукратно повеќе страдаат од анксиозност. Кај адолесцентите, интензитетот на анксиозноста бил значително повисок кај оние од женски пол, постарите адолесценти, оние кои живеат со член на семејството со хронична болест, оние кои имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје, како и кај адолесцентите изложени на физичко и вербално насилство. Овие податоци ја истакнуваат важноста на вложувањето во мерки за превенција на проблеми со менталното здравје во државата.

Во однос на контекстот во кој децата живеат во Република Северна Македонија, достапните податоци истакнуваат дека насилството и социоекономските потешкотии се високо застапени во општеството. На пример, Србиноски и соработниците (Srbinoski et al.; (95)) се обиделе да го реобмислат традиционалниот и индиректен пристап за мерење на сиромаштијата кај деца, преку примена на директни повеќедимензионални мерки. Нивниот димензионален преглед укажува дека децата кај нас се соочуваат со сиромаштија од повеќе аспекти. Тие го идентификувале недостатокот на образование и вештини, економските тешкотии, недостатокот на љубов и грижа, семејното насилство и недостатокот на слободни активности, како водечки фактори на ризик за повеќедимензионалната детска сиромаштија во државата.

Други истражувања истакнуваат дека кај родителите/ старателите на деца од 2 до 14 годишна возраст во државата постои висок степен на практикување насилни дисциплински методи од родителите/ старателите (96). Податоците укажуваат дека големо мнозинство (95.4%) од родителите/ старателите се противат на насилството, но помалку од 30% од родителите/ старателите всушност практикуваат позитивни и ненасилни дисциплински методи со своите деца. Во однос на тоа, регионална студија спроведена со адолесценти и млади возрасни од 10 држави од Југоисточна Европа (97), вклучително и Република Северна Македонија, истакнува дека постои силен и кроскултуролошки робуствен позитивен ефект од изложеноста на авторитативен стил на родителство врз добросостојбата на младите подоцна во животот. Овие податоци ја потврдуваат предноста на авторитативниот родителски стил врз детскиот развој и во Република Северна Македонија, што е во иста линија со истражувањата од земјите со висок економски приход (57).

Во однос на достапноста на програми за родителски вештини, општеството сеуште нема доволно искуство, но забележлив е зголемен интерес за темата. На пример, кај нас постои телефонска линија за позитивно родителство, како дел од Националната мрежа против насилството врз жените и семејно насилство (98). Понатаму, СОС Детско село преку Центарот за поддршка на згрижувачки семејства, ја спроведува Програмата PRIDE за згрижувачки семејства (99). Исто така, Центарот за интегрална рехабилитација „Виготски“ ја има развиено програмата „Фер родител - фер дете“, со поддршка на Канцеларијата на УНИЦЕФ (100). На крај, во одредени градинки во државата се спроведува и програмата „Вешто родителство“ (101). Но, значително ограничување во следењето на успешноста на овие програми е отсуството на научен пристап и систематско сопирање на податоци во истражувачки цели. Исклучително ретки се програмите за родителски вештини кои се засновани на докази (102).

Со цел да се усогласат пристапите и активностите за оваа тема, развиена е Национална стратегија за родителство 2022-2030 (103), но документот сеуште не е усвоен. Стратегијата поаѓа од принципите на позитивно родителство и опфаќа мерки за јакнење на позитивното и доследно однесување на родителот/ старателот во градењето на силен и посветен однос меѓу родителот/ старателот и детето. Ваквиот однос, стратегијата се

стреми да се заснована на комуникација, реални очекувања, ненасилни дисциплински практики и меѓусебна почит. Во однос на тоа, стратегијата предвидува и развој на универзални и таргетирани програми за родителски вештини.

## **2. Цели и хипотези**

### **2.1 Главна цел**

1. Истражување на факторите од важност во превенцијата на анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели во Република Северна Македонија;

### **2.2 Специфични цели**

1. Да се одреди застапеноста на анксиозноста кај деца на предучилишна и училишна возраст;
2. Да се одреди застапеноста на анксиозноста кај родители/ старатели на деца на предучилишна и училишна возраст;
3. Да се идентификуваат доминантните фактори на ризик поврзани со анксиозност кај деца;
4. Да се идентификуваат доминантните фактори на ризик поврзани со анксиозност кај родители/ старатели;
5. Да се тестира ефективноста на програма за родителски вештини во намалување на анксиозност кај деца;
6. Да се тестира ефективноста на програма за родителски вештини во намалување на анксиозност кај родители/ старатели;

### **2.3 Хипотези**

1. Застапеноста на анксиозност кај деца е повисока во споредба со податоците од земјите со висок економски приход;
2. Застапеноста на анксиозност кај родители/ старатели е повисока во споредба со податоците од земјите со висок економски приход;
3. Доминантните фактори на ризик за анксиозност кај деца потекнуваат од семејното ниво на влијание;
4. Доминантните фактори на ризик за анксиозност кај родители/ старатели потекнуваат од семејното ниво на влијание;
5. Програмата за родителски вештини е ефективна во намалување на симптоми на анксиозност кај деца;

6. Програмата за родителски вештини е ефективна во намалување на симптоми на анксиозност кај родители/ старатели;

### **3. Материјали и методи**

#### **3.1 Дизајн на истражување**

Истражувањето претставуваше проспективна рандомизирана контролна студија. Студијата се одвиваше во три фази, вклучувајќи: 1) собирање податоци од родители/старатели на деца на предучилишна и училишна возраст, во однос на застапеност на анксиозност и фактори на ризик, 2) спроведување на активности во интервентна и контролна група, како и 3) повторно собирање на податоци од родителите/старателите по завршување на активностите од интервентната и контролната група.

За регрутацијата на испитаниците беше употребен мешан метод. Составувана беше листа на заинтересирани родители/старатели, кои беа контактирани преку таргетирани објави на социјалните мрежи насочени кон жени до 40 годишна возраст, преку стручните служби од градинки и основни училишта, како и преку информации споделени меѓу самите родители/старатели.

Собирањето на податоците се одвиваше пред вклучувањето на испитаниците во двете групи (прва фаза), како и после учеството на родителите/старателите во групите (трета фаза). Во втората фаза, испитаниците беа рандомизирани во една од двете групи (интервентна и контролна). Интервентната група вклучуваше спроведување на онлајн програма за родителски вештини, додека контролната група вклучуваше спроведување на еднократна групна лекција за родителство. Учесниците беа алоцирани во една од двете групи по случаен избор, користејќи бесплатна електронска програма ([www.randomizer.org](http://www.randomizer.org)). Собирањето на податоците се одвиваше преку пополнување на онлајн анкета со одбрани прашалници за самопроценка.

#### **3.2 Примерок**

Со цел да се овозможи детекција на мали ефекти од интервенцијата, примерокот беше пресметан користејќи ја програмата G\*Power со внесување на мал ефект Cohen  $d=0.2$ ,  $\alpha=0.05$  и моќност од 80%, со што беше добиен примерок од 288 испитаници.

Родителите/ старателите, кои беа заинтересирани за учество, беше потребно да ги исполнуваат следните критериуми за вклучување:

- Родител или старател на возраст од 18 години или повеќе;
- Одговорен за грижа на дете на возраст од 2 до 9 години;
- Поминува најмалку 4 дена во неделата со детето за кое се грижи;
- Се согласува да биде по случаен избор вклучен во една од двете групи на истражувањето;

Во истражувањето не можеа да учествуваат родители/ старатели, кои се со одземено старателство, или пак на друг начин се правно спречени да остваруваат контакт со детето кое е предмет на истражувањето.

За истражувањето беа пристапени 315 потенцијални испитаници, од кои вклучени беа вкупно 288 (91.4%) родители/ старатели на деца од 2 до 9 годишна возраст. Вкупно 153 (53.1%) испитаници беа родители/ старатели на деца на предучилишна возраст (2-5 години) и вкупно 135 (46.9%) испитаници беа родители/ старатели на деца на училишна возраст (6-9 години). Во интервентната група беа алоцирани 148 (51.4%) испитаници и 140 (48.6%) од нив беа алоцирани во контролната група. Од 288 вклучени испитаници во истражувањето, 206 (71.5%) го пополнија прашалникот после учеството во групите, каде 120 (58.3%) учествуваа во интервентната група и 86 (41.7%) во контролната група.

### **3.3 Мерни инструменти**

#### **3.3.1 Примарни мерни инструменти**

На учесниците првично им беа поставени социодемографски прашања. Податоци беа собирани во однос на: полот и возраста на родителот/ старателот и детето, брачниот статус на родителот/ старателот, бројот на деца и возрасни членови во домаќинството, степенот на образование на родителот/ старателот, како и работниот статус на родителот/ старателот.



Интензитетот и инциденцата на анксиозност кај децата беше проценета со скали преземени од Чеклистата за однесување кај деца (Child Behavior Checklist, CBCL; (104)). CBCL е широко користен инструмент кој содржи 118 ставки и е пополнет од родители/старатели, кои ги проценуваат емоционалните и бихевиорални проблеми на нивното дете. CBCL се состои од ставки за специфични однесувања на детето и од родителите/старателите се бара да одговорат врз основа на зачестеноста или вистинитоста на овие однесувања, на скала од 0 (не е точно) до 2 (често точно). Повисоките скорови укажуваат на повисок интензитет на симптоми. Целосниот инструмент се состои од скали за интернализирачки и екстернализирачки проблеми, како и осум супскали за специфични состојби кај деца. CBCL се користи како алатка за дијагностички скрининг (105), но и за проценка на симптоми на нарушувања на менталното здравје во детството (106). CBCL е и често користена алатка во истражувања за родителски програми со интернализирачки проблеми кај деца (107). Земајќи го тоа во предвид, CBCL претставува вредна алатка за скрининг и идентификување на проблемите со менталното здравје кај децата.

Од CBCL може да се изведат супскали наменети за проценка на анксиозност кај деца, вклучително: Чеклистата за однесување кај деца – анксиозност со симптоми на депресија (Child Behavior Checklist – Anxiety/ Depression, CBCL-AD), Чеклистата за однесување кај деца – Анксиозни проблеми (Child Behavior Checklist – Anxiety Problems, CBCL-AP), Чеклистата за однесување кај деца – Анксиозност со соматски проблеми (Child Behavior Checklist – Anxiety, CBCL-A).

CBCL-AD (104) претставува супскала изведена од CBCL, која се состои од 13 ставки. Скалата проценува интензитет и инциденца на анксиозност со депресивни симптоми, со клинички катиф скор од  $65 >$ . Истражувањата укажуваат дека скалата умее да разликува меѓу деца со и без дијагноза на анксиозност (108).

CBCL-AP (104) се состои од вкупно 6 ставки и проценува симптоми на генерализирано анксиозно растројство, сепарациона анксиозност и специфична фобија. CBCL-AP е скала ориентирана кон Дијагностичкиот статистички прирачник (Diagnostic Statistical Manual, DSM; (109)) и е конструирана врз основа на избор на ставки со експертско мислење, со цел да ги одразуваат дијагностичките критериуми на DSM за анксиозност.

CBCL-A (110) претставува проширена скала за анксиозност и се состои од 16 ставки, кои ги вклучуваат истите 6 ставки од CBCL-AP, како и 10 дополнителни ставки кои проценуваат соматски симптоми. Вградувањето на елементи поврзани со соматски симптоми, како што се главоболки или болки во стомак, има за цел да ја зголеми сензитивноста на скалата во детекцијата на анксиозните нарушувања. Оваа промена е направена врз основа на важната улога која телесните реакции ја имаат во карактеризацијата на бројни анксиозни нарушувања (15). Табела 1 ги споредува ставките вклучени во трите скали на CBCL за анксиозност.

**Табела 1.** Споредба на ставките вклучени во скалите на CBCL

<i>Ставки</i>	<i>CBCL-A</i>	<i>CBCL-AP</i>	<i>CBCL-AD</i>
9. Не може да го оддели вниманието од одредени мисли, фикс-идеи.	X		
11. Се придржува кон возрасните, премногу зависен/а е од нив.	X	X	
14. Плаче многу.			X
29. Стравува од одредени животни, ситуации или места, различни од училиште.	X	X	X
30. Стравува да оди во училиште.	X	X	X
31. Стравува дека може да помисли или да направи нешто лошо.	X		X
32. Чувствува дека треба да биде совршен/а.	X		X
33. Чувствува или се жали дека никој не го/ја сака.			X
35. Се осеќа како да не чини ништо и како да е во подчинета положба.			X
45. Нервозен/а, напнат/а или лесно се возбудува.	X	X	X

46. Нервни движења или тикови.	X		
50. Премногу страшлив/а или обеспокоен/а.	X	X	X
52. Се чувствува прекумерно виновен/а.			X
56a. Болки (не стомашни болки или главоболка)	X		
56b. Главоболка	X		
56c. Гадење	X		
56f. Стомачни болки	X		
71. Се стеснува или лесно се срами.	X		X
75. Прекумерно срамежлив/а или неодлучен/а.	X		
91. Зборува за самоубиство.			X
112. Се тревожи, се збунува.	X	X	X

Скалата за депресија, анксиозност и стрес (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS; (111)) е прашалник за самопроценка кој содржи 21 ставка. Моќностите за одговор се прикажани на Ликертова скала од 4 степени, кои се движат од „0= Никога“ до „3= Речиси секогаш“. Скалата содржи три супскали, вклучително 7 ставки за анксиозност, 7 за депресија и 7 за стрес. Супскалата за анксиозност ги проценува мускулно-скелетните симптоми, ситуационата анксиозност и субјективното доживување на алертност. Вкупниот скор за секоја супскала се движи од 0 до 42, каде повисоките скорови укажуваат на повисок интензитет на симптомите. За супскалите се развиени и клинички катиф скорови, кои укажуваат на различен степен на интензитет на проблемите. За анксиозност може да се интерпретираат како просечни (скор 0-7), благи (скор 8-9), умерени (скор 10-14), тешки (скор 15-19) и екстремно тешки (скор 20>) симптоми. Прашалникот е често користен мерен инструмент во истражувања поврзани со родителски програми (112).

### 3.3.2 Секундарни мерни инструменти

Дисфункционалните родителски практики беа мерени со помош на Скалата за родителство (Parenting Scale, PS; (113)). PS е прашалник од 30 ставки кој го оценува однесувањето на родителството и дисциплината на Ликертова скала од 7 ставки, каде што повисоките резултати укажуваат на повисоко ниво на дисфункционално родителство. Мерката вклучува три фактори/ пристапи на родителство, кои го опишуваат односот родител-дете. Тие вклучуваат пристапи на попустливост (на пр., непридржување и неспроведување правила), прекумерна реактивност (на пр., лутина, избувливост, раздразливост) и зборливост (на пр., неефективни долги објаснувања).

Родителскиот конфликт беше мерен со помош на Скалата О'Лири Портер (O'Leary Porter Scale, OPS; (114)). OPS е прашалник за самопроценка, составен од 10 ставки кој го мерат отворениот конфликт меѓу паровите со деца. Прашалникот го проценува интензитетот на несогласувањата (на пр., поврзани со дисциплината и личните навики), афективниот тон, како и настапите на физичка и вербална агресија. Родителите ја оценуваат зачестеноста на меѓупартнерскиот конфликт на Ликертова скала од 6 степени, која се движи од „Никогаш“ до „Многу често“. Повисоките резултати од прашалникот укажуваат на повисоки нивоа на отворен меѓупартнерски конфликт.

Како и за симптомите на анксиозност, DASS (111) скалата беше користена за проценка на интензитетот на депресивни симптоми кај родителите/ старателите. Супскалата за депресија проценува безнадежност, ниска самодоверба и низок позитивен афект кај возрасни. За депресија може да се интерпретираат како просечни (скор 0-9), благи (скор 10-13), умерени (скор 14-20), тешки (скор 21-27) и екстремно тешки (скор 28>) симптоми. Прашалникот е често користен мерен инструмент во истражувања поврзани со родителски програми (112).

Целосниот прашалник од истражувањето, со зададените ставки и опции за одговори од сите мерни инструменти, е прикажан во Прилог 1.

## 3.4 Експериментални групи

### 3.4.1 Интервентна група

Програмата за родителски вештини претставува групна програма за родители/старатели, развиена од Светската здравствена организација, УНИЦЕФ и Кловнови без граници - Јужна Африка, со цел намалување на насилството врз деца и подобрување на нивната добросостојба (115).

Основната тема на програмата беше градењето на дом кој е поддржувачки за родителот/старателот и неговото дете. Со тоа, програмата е насочена кон унапредување на капацитетите на родителите/старателите да се справат со однесувањето на нивните деца, а воедно да промовираат и здрави односи родител-дете. Специфично, програмата за родителство цели кон подобрување на родителските вештини, знаења и чувство на компетентност, подобрување на родителскиот надзор врз децата, градење на позитивен однос родител-дете, поткрепување на адаптивните однесувања на детето, како и учење на позитивни и конзистентни дисциплински практики за предизвикувачки однесувања.

Програмата е обмислена да е лесно достапна и може да е спроведена од лица без особени професионални квалификации (116). Задачата на водачот на групата е да ги прифаќа споделувањата од родителите/старателите, да го охрабрува активното учество на родителите, заинтересирано да ги истражува искуствата на учесниците, да ги поврзува личните искуства со темите од програмата, како и да ги поттикнува родителите/старателите во практикување на позитивните родителски практики со нивното дете. Активностите од програмата вклучуваа разработување на случаи, домашни задачи, како и дискусии во групата за искуства и предизвици поврзани со обработените теми. За потребите на истражувањето, програмата за родителство беше спроведена онлајн.

Активностите во програмата беа структурирани и следења специфичен тек. На пример, на почетокот родителите/старателите имаа прилика да ги дефинираат своите цели во однос на очекувањата од своето дете. Задача беше целите да бидат специфични, позитивни и изводливи за детето. Потоа, секоја средба, учесниците ги истражуваа предизвиците со кои се соочуваат и изнаоѓаа решенија. Главниот дел од секоја средба беше дискусијата за основната лекција од денот. Тоа вклучуваше идентификување на главните

пораки од разработуваните случаи, дискусија за предностите од прикажаните вештини и можност за практикување на вештините. На крајот од средбата, учесниците си одредуваа активност која имаа задача да ја практикуваат дома со своето дете.

Теоретската позадина за користените активности и вештини се основа на акумулирани истражувања и долгогодишното клиничко искуство со родители/ старатели и деца (68,117). Подолу се прикажани групните средби со родителите/ старателите, според темата која се обработуваше:

### ***Квалитетно поминато време***

Оваа средба целеше родителите/ старателите да увидат дека позитивниот однос родител-дете се гради со периоди на поминато квалитетно време заедно и на само со своето дете. Според искуствата од практичарите (68,117), кога родителите/ старателите се соочуваат со одредено предизвикувачко однесување кај нивните деца, тие често поминуваат многу време обидувајќи се да го спречат тоа однесување. Тоа е пристап кој има потенцијал да придонесе кон негативен однос, карактеризиран со бројни критики.

Задачата во оваа средба беше родителот/ старателот да му дозволи на своето дете да тоа самото преземе водство во некоја активност по избор на детето. Тука родителот/ старателот можеше да помисли како, кога и што би било потребно да му најави на своето дете дека има слободно време и да го праша што би сакало детето тие заедно да прават. Овој пристап може да го растерети родителот/ старателот од одговорноста да смислува активности и може да помогне во јакнење на автономијата на децата. Потоа, родителот/ старателот имаше задача вербално да го опишува тоа што гледа дека детето го прави. Правилата за оваа вежба вклучуваа одбегнување на поставување прашања и критички коментари кон детето.

### ***Користење на пофалби и награди***

Втората средба воведуваше во користењето на позитивни поткрепи преку употреба на пофалби и награди за специфични позитивни однесувања на детето. Според искуствата од практичарите (68,117), однесувањата на децата е поверојатно да се повторуваат доколку

по нив следи некој вид на награда. Од друга страна, однесувањето кое не добива внимание и не е наградено, има помалку шанси да се повтори.

Оваа тема ги насочуваше родителите/ старателите да увидат дека наградувањето на позитивните однесувања, преку користење на пофалби или едноставни награди, може да ги охрабри децата почесто да се однесуваат на начин кој е прифатлив за нивните родители/ старатели. Со тоа, средбата ја истакна важноста на користењето пофалби, како искажување на одобрение, восхит или благодарност, и едноставни и непосредни награди, кои се задаваат веднаш после специфично однесување на детето, што родителот/ старателот би сакал да се повтори. При користењето на пофалби беше важно родителите/ старателите да користат речник кој е разбирлив и соодветен за возраста на нивното дете. За почеток, учесниците имаа задача да ги пофалуваат своите деца за мали позитивни работи кои ги забележуваат со нивните деца, како на пример миење заби или облекување, со цел да се приспособат на пристапот.

Родителите/ старателите, исто така, имаа задача да користат едноставни награди што би го поттикнале и одржале позитивното однесување кај нивните деца. Наградите можеа да бидат материјални и нематеријални, но важно беше учесниците да увидат дека малите и изводливи награди може да се доволни. Тоа можеше да вклучува работи кои децата ги сакаат или некој начин на кој тие сакаат да бидат третираны, на пример да им се дозволи нешто, да одберат што да прават или родителот/ старателот да направи нешто за нив. Сепак, беше побарано од учесниците да продолжат да користат пофалби кога нудат материјални награди, со цел да му се даде до знаење на детето дека тоа што го направиле ја заслужува наградата.

### ***Инструкции, пренасочување и воспоставување правила***

Третата средба беше насочена кон поттикнување на родителите/ старателите да даваат јасни инструкции, да пренасочуваат негативни однесувања и да воспоставуваат домашни правила и рутина за нивните деца.

Според искуствата од практичарите (68,117), голем број на родители/ старатели се соочуваат со тешкотии во задавањето на инструкции/ барања, кои нивните деца може да ги следат. Често се случува родителите/ старателите, кои се загрижени за однесувањето на

нивните деца, да обрнуваат повеќе внимание на негативните однесувања и да ги занемарат позитивните. Но, ваквиот пристап може да вроди кон поголемо незадоволство кај родителот/ старателот и критички однос кон детето. Дополнително, чест родителски пристап е да се задаваат повеќе инструкции/ барања одеднаш, кои децата и особено помалите не успеваат во целост да ги следат. Заради тоа, во оваа средба, родителите/ старателите учеа како да задаваат конкретни инструкции, кои јасно го одредуваат однесувањето што тие сакаат да го видат кај нивните деца.

На средбата, родителите/ старателите, исто така, учеа како може да ги поддржат своите деца во промена на однесувањето, преку пренасочување на децата кон позитивно однесување и оддалечувајќи ги од проблематичното/ загрижувачко однесување. За овој дел, учесниците имаа задача да го пренасочат негативното однесување на детето кон позитивно, пред тоа да започне да се случува или пред да се влоши. При користење на оваа техника, важно беше родителите/ старателите да обрнат повеќе внимание на позитивното однесување кое сакаат да го одржат.

На крај, родителите/ старателите беа запознаени со важноста на воспоставување на доследни домашни правила и рутина за нив и нивните деца. Овој пристап овозможува воспоставување на граници и насоки во однесувањето и помага на децата да знаат што се очекува од нив во одредени ситуации. Воспоставената дневна рутина, како време за јадење или спиење, придонесува кон предвидливост на задачите во денот и го јакне чувството на сигурност (117).

### ***Игнорирање и задавање последици***

На четвртата средба, родителите/ старателите учеа како да се справуваат со загрижувачко однесување кај нивните деца, користејќи ги техниките на игнорирање и задавање последици.

Според искуствата од практичарите (68,117), проблематичните однесувања често може да се резултат на потребата на детето за повеќе внимание. Потребата за родителско внимание се развива во рано во животот и доколку не е слободно дадено, однесувањето на децата се организира на начин со кој би го достигнале потребното внимание. Но, кога родителите/ старателите одговорот на овие однесувања со многу внимание и барања,



децата учат дека начинот на кој ги прават работите е поврзано со добивање на внимание од нивните родители/ старатели. На овој начин, родителите/ старателите ги наградуваат однесувањата, кои не би сакале да се повторуваат кај нивните деца. Родителите/ старателите исто така често се и попустливи на одредени однесувања кај нивните деца водени од желбата тие да се намалат или престанат.

Игнорирањето на загрижувачките однесувања може да е моќна техника на која родителите/ старателите може да се потпрат во справувањето со ваквите однесувања кај детето. Во оваа средба, родителите/ старателите учеа дека оваа техника вклучува игнорирање на потрагата по негативно внимание, а не игнорирање на детето. На пример, тоа може да вклучува не зборување на однесувањето, како да не се случува. Родителите/ старателите имаа задача прво да се обидат со одвлекување на вниманието или пренасочување на однесувањето на детето и веднаш да ги пофалат. Употребата на игнорирањето започнуваше кога пренасочувањето не ги добива саканите резултати, и повторно, штом загрижувачкото однесување сопре, родителите/ старателите учеа за важноста веднаш да го пофалат своето дете за позитивното однесување. За овој родителски пристап да вроди со резултат, беше препорачливо родителот/ старателот да ги воведат и усогласат другите членови на семејството, за и тие да се доследни со пристапот.

Последниот дел од средбата беше насочен кон техниката на воведување последици за загрижувачки однесувања. Ова претставуваше техника која родителот/ старателот може да ја употреби доколку ниту игнорирањето е неуспешно. Родителите/ старателите учеа да користат соодветни и изводливи последици за да сопрат одредено негативно однесување. Според тоа, родителите/ старателите требаше да ги поврзат последиците кои ги задаваат со нивните инструкции и барања од детето, на пример забрана за играње со играчки од еден час, доколку не престане да ја удира сестрата. За да би ја намалиле веројатноста да воведуваат последици, родителите/ старателите учеа и да даваат предупредување за последицата, за да им дадат можност на децата да го променат нивното однесување.

### ***Одржување на наученото***

Оваа средба го претставуваше и крајот на програмата за учесниците. На средбата, беше поттикната дискусија на која родителите/ старателите можеа да рефлектираат на

искуствата и промените кои ги забележуваат од програмата. Тие имаа прилика да споделат кои промени ги забележале во однесувањето кај нивните деца и односите со другите во семејството.

Дискусијата на средбата беше насочена кон истакнување на придобивките од научените родителски пристапи и стратегии, кои ги промовираат позитивните односи со нивните деца, основани на внимание, почитување и доследни родителски пристапи. Дискусијата се фокусираше и на начините како родителите/ старателите би можеле да ги интегрираат вештините во нивниот однос кон децата. Целта беше да се истакне дека програмата придонела овие родителски вештини да се зајакнат, но сепак важно беше да се напомене дека самите родители/ старатели беа оние кои ги носеа решенијата за себе и своите деца.

### **3.4.2 Контролна група**

Родителите/ старателите, кои беа алоцирани во контролната група, следеа еднократна структурирана групна презентација/ лекција за родителство и детски развој. Лекцијата содржеше четири главни теми, кои ги вклучуваа фазите на детскиот развој, потенцијалните фактори на ризик за проблеми во детство, можните ресурси и заштитни фактори, како и совети за како родителите можат да го промовираат здравјето на нивните деца. Сепак, вложен беше напор лекцијата да споделува само психоедукативен материјал, без интеракција со учесниците и да нема совпаѓање со активностите од програмата за родителски вештини.

Содржината на лекцијата од контролната група се основаше на елементи од прирачник за родители/ старатели, развиен со поддршка на УНИЦЕФ (118), како и од прирачник издаден од Британската медицинска асоцијација (68). Истражувачките насоки во однос на психолошките интервенции го препорачуваат користењето на активна контролна група, која помага да се контролира можноста дека подобрувањето од експерименталната група е резултат на плацебо ефект (119).

Презентацијата од контролната група со лекции за родителство и детски развој траеше еден час, во отсуство на интеракција со учесниците. Во првиот дел, родителите/старателите учеа за очекуваните пресвртници во физичкиот, когнитивниот, емоционалниот и социјалниот развој на децата. Но, лекцијата ја истакна варијабилноста која постои меѓу децата, каде некои ги достигнуваат очекуваните стадиуми порано или подоцна од другите деца на иста возраст. Развојните пресвртници во однос на физичкиот, емоционалниот, социјалниот, релацискиот и когнитивен развој, беа прикажани за различни возрасни групи од целната популација на истражувањето, вклучително за деца на 2, 3, 4 до 5 и 6 до 9 годишна возраст. Првата тема заврши со неколку заклучни пораки, како на пример дека родителите/старателите треба да играат со своите деца, разговорот со децата е важен за развојот на нивниот говорот и комуникациски вештини и дека соодветната исхрана е важна за физичкиот развој.

Втората тема се однесуваше на потенцијалните фактори на влијание врз однесувањето на децата. Во овој дел од лекцијата, родителите/старателите учеа дека некои фактори може да имаат негативен или позитивен ефект врз развојот на децата, но нивното присуство не води секогаш кон емоционални или бихевиорални проблеми. Тие само го зголемуваат ризикот за проблеми со менталното здравје кај децата. Беше истакнато дека факторите се во постојана интеракција, каде некои заштитни фактори можат да му помогнат на детето да се справува со промените и негативните искуства. Во овој дел беа споделени и кратки информации за чести проблеми со менталното здравје кај деца, когнитивните можности, темпераментот, важноста на сонот и здравата исхрана во детството, влијанието на социоекономските неприлики, како и важноста на здравјето на родителот/старателот и нивниот однос со детето.

Третата тема се однесуваше на улогата на заштитните фактори и како тие можат да придонесат во превенцијата на проблемите кај децата. Во овој дел се истакна важноста на одржувањето позитивни односи со детето, растењето во поддржувачка атмосфера, како и предностите на авторитативниот родителски пристап, кој вклучува топлина, прифаќање и поставување на јасни правила и граници на однесување.

Последната тема беше посветена на споделување совети за тоа што можат родителите/старателите да прават за да го унапредат развојот и здравјето на своите деца.

Во овој дел се истакна дека децата ги имаат истите права како и возрасните, а во некои ситуации имаат и право на пристап до посебна заштита. Понатаму, споделени беа информации за важноста на селективното позитивно внимание за секое дете во семејството, за потребата од време поминато во заедничка игра, улогата на комуникацијата со детето, како и важноста од користењето на пофалби и награди во поддршка на позитивното однесување. На крај беа споделени информации за предностите родителите/старателите да поставуваат граници на однесување, преку воведување на правила, одвлекување на внимание, задавање последици за негативно однесување и помислувајќи на сопствената улога како потенцијален модел на однесување во домот.

### 3.5 Статистичка обработка

Статистичката обработка на податоците беше спроведена со компјутерските софтвери R и SPSS верзија 23. Податоците беа обработени за вкупниот примерок, како и за двете подгрупи на родители/старатели со деца, т.е. родители/старатели на деца на предучилишна возраст (2-5 години) и родители/старатели на деца на училишна возраст (6-9 години). За тестирање на нормалноста на добиените податоци беше користен Shapiro-Wilk тест.

Во утврдување на внатрешната конзистентност на секој мерен инструмент беше користен коефициентот на Cronbach-ова Alpha. Внатрешната конзистентност на прашалниците CBCL-AD за 2-5 години (Cronbach-ова Alpha=0.64), CBCL-AD за 6-9 години (Cronbach-ова Alpha=0.69), CBCL-A (Cronbach-ова Alpha=0.69), DASS за анксиозност (Cronbach-ова Alpha=0.81), DASS за депресија (Cronbach-ова Alpha=0.86), PS (Cronbach-ова Alpha=0.78) и OPS (Cronbach-ова Alpha=0.82) беше прифатлива. Единствено внатрешната конзистентност на CBCL-AP беше неприфатлива (Cronbach-ова Alpha=0.50). Заради тоа, оваа скала не беше вклучена во анализата од истражувањето (120), бидејќи соодветно не ја одразуваше анксиозноста кај децата од истражувањето.

Социодемографските карактеристики беа мерени пред почетокот на програмата. Податоците за нумеричките серии беа прикажани со просек и стандардна девијација,

медијана и интерквартален ранг (IQR), додека за атрибутивните серии беа прикажани со дистрибуции на фреквенции и релативни броеви.

За споредба на променливите беа користени непараметарски тестови (Chi-square тест, Mann-Whitney Z тест и Kruskal-Wallis H тест). За анализирање на корелации беше користен Spearman-ов R коефициент на ранк корелација.

За анализа на доминантните фактори на ризик за анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели беа користени линеарни и мултипли регресиони тестови. Изградена беше серија на модели со различни можни адитивни комбинации на фактори на ризик, почнувајќи со најсложениот модел (земајќи ги во предвид варијансите на сите можни фактори на ризик) и отстранувајќи ги еден-по-еден во последователните модели. При секој чекор, користејќи го Akaike Information Criterion (AIC) се опсервираше динамиката на вклопеноста на податоците на дадениот модел, каде подобрата вклопеност (model fit) го намалува AIC и обратно. Доколку отстранување на даден фактор на ризик ја намалуваше вклопеноста на моделот, тој фактор на ризик повеќе не беше земен во предвид при градењето на следниот модел, сè додека не беше пронајдена комбинацијата на најмал можен број фактори на ризик и најдобро вклопен модел (121).

За споредба на скоровите пред и после учеството на испитаниците во интервентната и контролната група беше користен Wilcoxon Z тест, додека за споредба на интервентната и контролната група беше користена Анализа на коваријанса. Вредноста на Partial Eta<sup>2</sup> беше пресметана во одредување на големината на ефектот кај статистички значајните разлики меѓу интервентната и контролната група. Според критериумите, вредност на Partial Eta<sup>2</sup> < 0.01 укажува на мал ефект, вредност од 0.01 до 0.06 укажува на умерен ефект, додека вредност од 0.06 или повисока укажува на голем ефект (122).

За интервал на доверба (Confidence Interval, 95% CI) беше дефинирано статистичко значење на ниво на веројатност за стандардна грешка помала од  $p < 0.05$ . Резултатите се прикажани во табели и графикони.

## 4. Резултати

### 4.1 Социодемографски податоци

Табела 2 и График 1-4 ги прикажуваат испитаниците во однос на нивната возраст. Просечната возраст на децата беше 5.4 години ( $\pm 2.2$ ), со медијана од 5 (IQR=3-7) (Табела 2, График 1). Просечната возраст на родителите/ старателите беше 37 години ( $\pm 4.8$ ), со медијана од 37 (IQR=34-40) (Табела 2, График 2).

Децата на предучилишна возраст беа со просечна возраст од 3.6 години ( $\pm 1.1$ ) и медијана од 4 (IQR=3-5) (Табела 2, График 3). Родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст беа со просечна возраст од 36 години ( $\pm 4.7$ ), со медијана од 35 (IQR=33-39) (Табела 2, График 4).

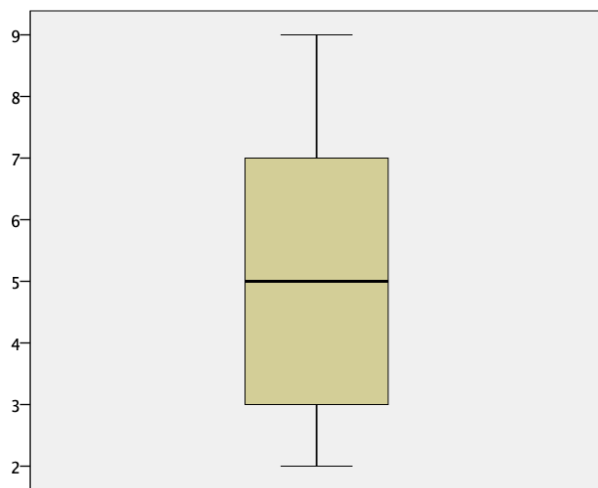
Децата на училишна возраст беа со просечна возраст од 7.4 години ( $\pm 1.1$ ) и медијана од 7 (IQR=6-8) (Табела 2, График 3). Родителите/ старателите на деца на училишна возраст беа со просечна возраст од 38 години ( $\pm 4.7$ ), со медијана од 39 (IQR=35-41) (Табела 2, График 4).

Статистички значајна разлика се регистрираше меѓу просечната возраст на родителите/ старателите на деца на училишна возраст и родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст (Mann-Whitney  $U=6965$ ,  $Z=-4.779$   $p<0.000$ ). Статистички значајна разлика се регистрираше и меѓу просечната возраст на децата на училишна возраст и децата на предучилишна возраст (Mann-Whitney  $U=0$ ,  $Z=-14.764$ ,  $p<0.000$ ).

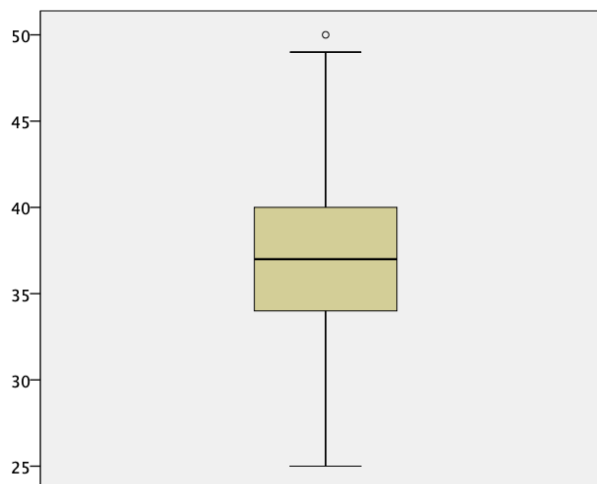
**Табела 2.** Приказ на возраста на децата и родителите поделена по возрастни групи.

	<i>Број</i>	<i>Минимум</i>	<i>Максимум</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>Вкупно</i>							
Родител	288	25	50	36.9	4.8	37	34-40
Дете	288	2	9	5.4	2.2	5	3-7
<i>2-5 години</i>							
Родител	153	25	49	35.7	4.7	35	33-39
Дете	153	2	5	3.6	1.1	4	3-5
<i>6-9 години</i>							
Родител	135	28	50	38.4	4.5	39	35-41
Дете	135	6	9	7.4	1.1	7	6-8

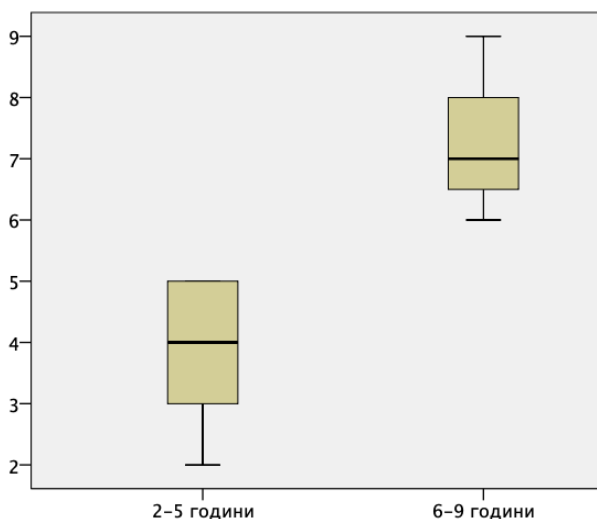
**График 1.** Приказ на возраста на децата.



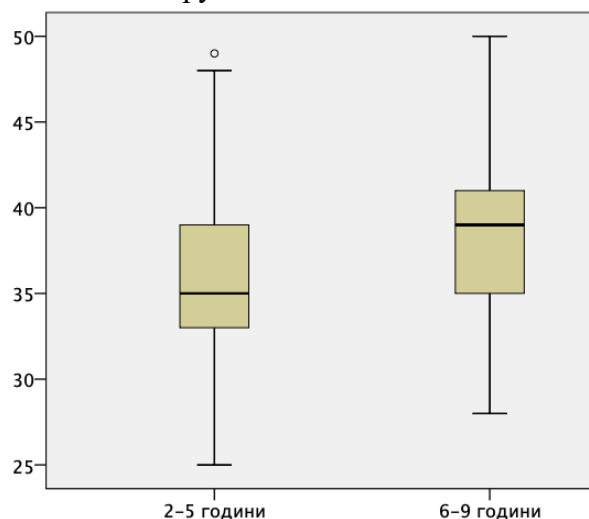
**График 2.** Приказ на возраста на родителите/ старателите.



**График 3.** Приказ на возраста на децата според возрасна група.



**График 4.** Приказ на возраста на родителите/ старателите според возрасната група на децата.



Табела 3 и График 5-8 ги прикажуваат испитаниците според пол. Во однос на децата, за кои родителите/ старателите беа пријавени во истражувањето, во поголем процент припаѓаа машки пол (59%) (Табела 3, График 5). Од прикажаните податоци може да се увиди дека поголем процент на испитаници родители/ старатели припаѓаа на женскиот пол (95.1%) (Табела 3, График 6).

Во однос на возрасните групи, поголем процент деца на предучилишна (56%) и училишна (62%) возраст припаѓаа на машки пол (Табела 3, График 7). Поголем процент на родители/ старатели на деца на предучилишна (97%) и училишна (93%) возраст припаѓаа на женски пол (Табела 3, График 8).

Статистички значајна разлика се регистрираше меѓу полот на децата ( $\text{Chi-square}=9.389$ ,  $p=0.002$ ). Од резултатите се регистрира и статистички значајна разлика меѓу полот на родителите/ старателите ( $\text{Chi-квадрат}=234.722$ ,  $p=0.000$ ). Во однос на возрасните групи, статистички значајна разлика не се регистрираше меѓу полот кај децата на предучилишна возраст ( $\text{Chi-квадрат}=2.359$ ,  $p=0.125$ ), но статистички значајна разлика се регистрираше меѓу полот кај децата на училишна возраст ( $\text{Chi-квадрат}=8.067$ ,  $p=0.005$ ). Статистички значајни разлики се регистрираа и меѓу полот на родителите/ старателите на

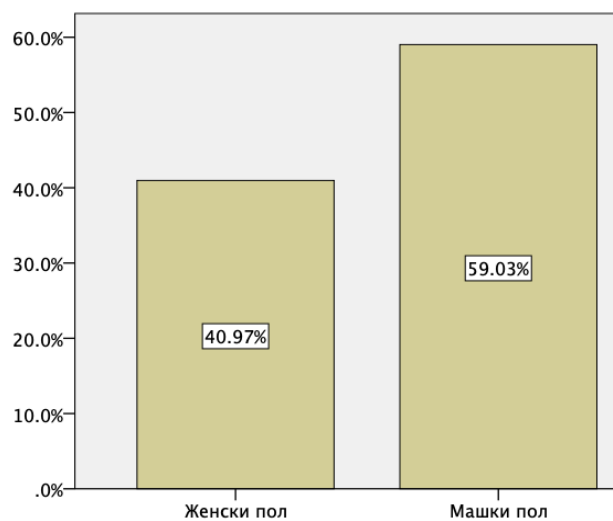


деца на предучилишна (Chi-квадрат=133.654, p=0.000) и училишна возраст (Chi-квадрат=101.400, p=0.000).

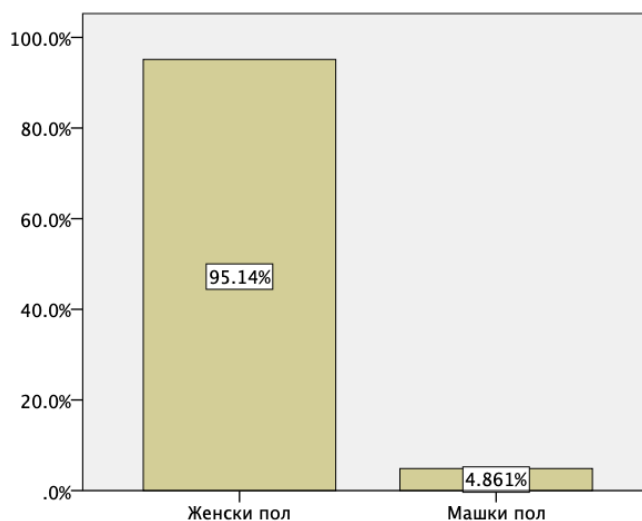
**Табела 3.** Приказ на децата и родителите/ старателите според пол.

	<i>Вкупно</i>		<i>2-5</i>		<i>6-9</i>	
	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>
<i>Родител</i>						
Женско	274	95.1	148	96.7	126	93.3
Машко	14	4.9	5	3.3	9	6.7
<i>Дете</i>						
Женско	118	41.0	67	43.8	51	37.8
Машко	170	59.0	86	56.2	84	62.2

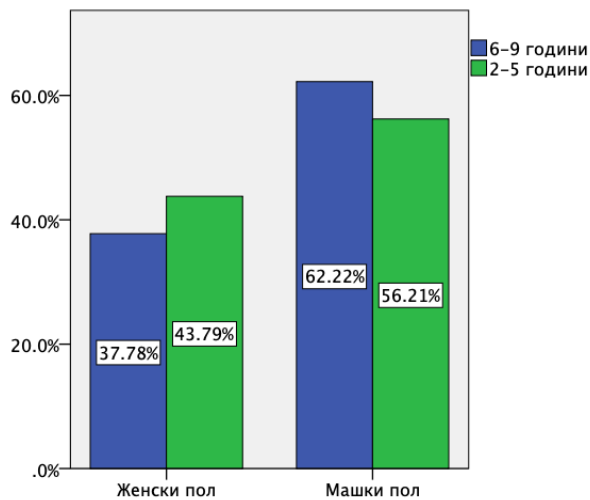
**График 5.** Приказ на децата според пол.



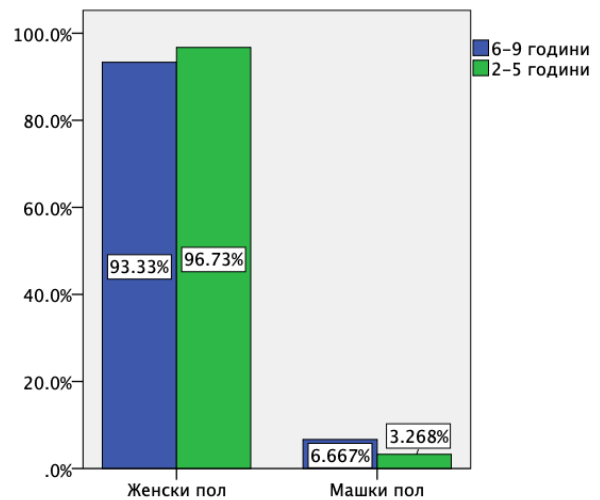
**График 6.** Приказ на родителите/ старателите според пол.



**График 7.** Приказ на полот на децата според возрастните групи.



**График 8.** Приказ на полот на родителите/старателите според возрастните групи на децата.



Табела 4 и График 9-10 ги прикажуваат испитаниците во однос на нивната релација со детето за кое се јавиле во истражувањето. Во поголем процент испитаниците изјавија дека биле мајки на децата за кои се пријавуваат (94%) (Табела 4, График 9).

Во однос на возрастните групи, поголем процент од родителите/старателите се изјасниле како мајки на деца на предучилишна (97%) и училишна (92%) возраст (Табела 4, График 10).

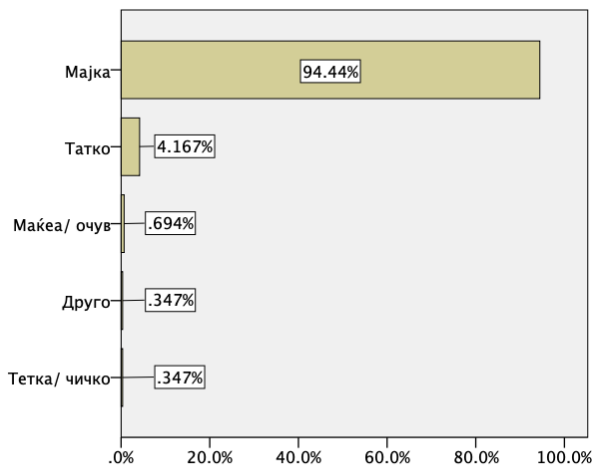
Од резултатите се регистрира статистички значајна разлика меѓу родителите/старателите кои се изјасниле како мајки на децата и другите испитаници ( $\chi^2=227.556, p=0.000$ ).

Статистички значајни разлики се регистрираа меѓу родителите/старателите кои се изјасниле како мајки на децата и другите родителите/старателите на деца на предучилишна возраст ( $\chi^2=133.654, p=0.000$ ), како и кај родителите/старателите на деца на училишна возраст ( $\chi^2=94.585, p=0.000$ ).

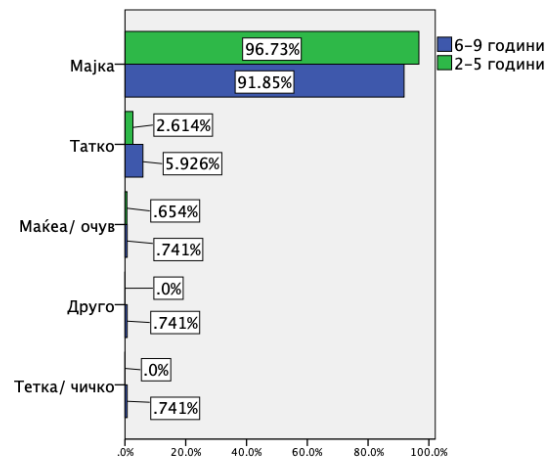
**Табела 4.** Приказ на испитаниците во однос на релацијата со нивното дете.

	<i>Вкупно</i>		<i>2-5</i>		<i>6-9</i>	
	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>
Мајка	272	94.4	148	96.7	124	91.9
Татко	12	4.2	4	2.6	8	5.9
Маќеа или очув	2	0.7	1	0.7	1	0.7
Тетка или чичко	1	0.3			1	0.7
Друго	1	0.3			1	0.7

**График 9.** Приказ на испитаниците во однос на релацијата со нивното дете.



**График 10.** Приказ на учесниците во однос на релацијата со нивното дете според возрастна група.



Табела 5 и График 11-14 го прикажуваат бројот на членови во домаќинствата на испитаниците. Просечниот број на членови во домаќинствата изнесуваше 2 деца ( $\pm 1$ ), со медијана од 2 (IQR=1-2) и 2 возрасни ( $\pm 1$ ), со медијана од 2 (IQR=1-2). Поголем процент домаќинства имаа до 2 деца (92%) (Табела 5, График 11) и до 2 возрасни члена (73%) (Табела 5, График 12).

Во домаќинствата на деца на предучилишна возраст, просечниот број членови изнесуваше 2 деца ( $\pm 1$ ) со медијана од 1 (IQR=1-2) и 2 возрасни ( $\pm 1$ ) со медијана од 2 (IQR=2-3). Во домаќинствата на деца на училишна возраст просечниот број на членови изнесуваше 2 деца ( $\pm 1$ ) со медијана од 1 (IQR=1-2) и 2 возрасни ( $\pm 1$ ) со медијана од 2 (IQR=2-3). Во однос на возрасните групи, поголем процент од домаќинства исто така имаа до 2 деца (90-95%) (График 13) и до 2 возрасни члена (72-73%) (График 14).

Статистички значајни разлики се регистрираа меѓу домаќинствата со до 2 возрасни члена и оние со над 2 возрасни члена (Chi-квадрат=58.681,  $p=0.000$ ) и меѓу домаќинствата со до 2 деца и оние со над 2 деца (Chi-квадрат=206.722,  $p=0.000$ ).

Во однос на возрасните групи, статистички значајни разлики се регистрираа меѓу домаќинствата со до 2 деца и оние со над 2 деца кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст (Chi-квадрат=122.673,  $p=0.000$ ) и меѓу домаќинствата со до 2 деца и оние со над 2 деца кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст (Chi-квадрат=84.807,  $p=0.000$ ).

Статистички значајни разлики се регистрираа и меѓу домаќинствата со до 2 возрасни члена и оние со над 2 возрасни члена кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст (Chi-квадрат=32.948,  $p=0.000$ ) и меѓу домаќинствата со до 2 возрасни члена и оние со над 2 возрасни члена кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст (Chi-квадрат=25.785,  $p=0.000$ ).

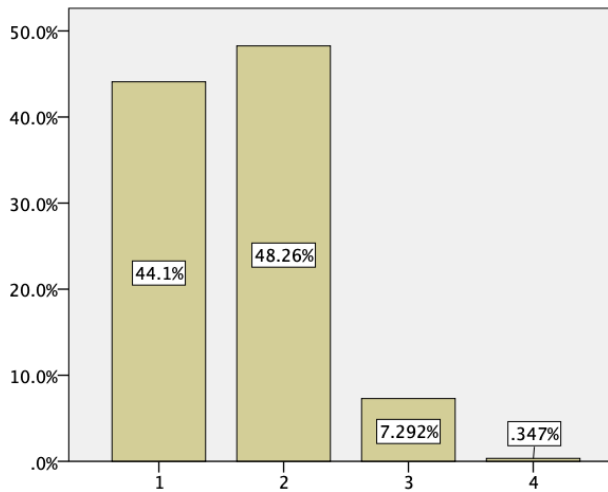
**Табела 5.** Приказ на бројот на членови во домаќинствата.

	<i>Број</i>	<i>%</i>
<i>Број на возрасни (<math>\geq 18</math> години)</i>		
1	15	5.2
2	194	67.4
3	39	13.5
4	32	11.1
5	7	2.4
6	1	0.3

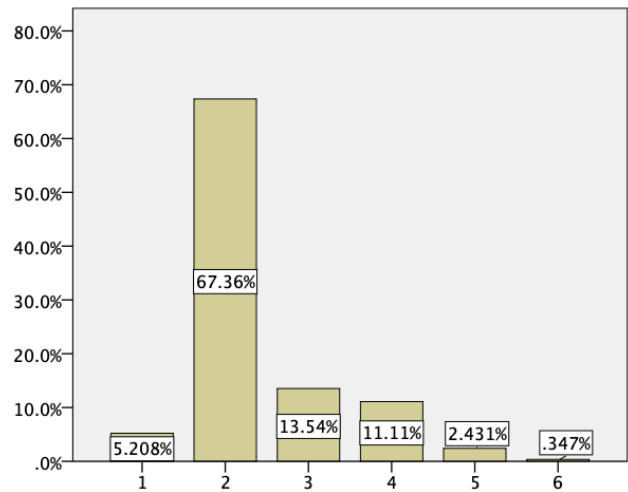
*Број на деца (<18 години)*

1	127	44.1
2	139	48.3
3	21	7.3
4	1	0.3

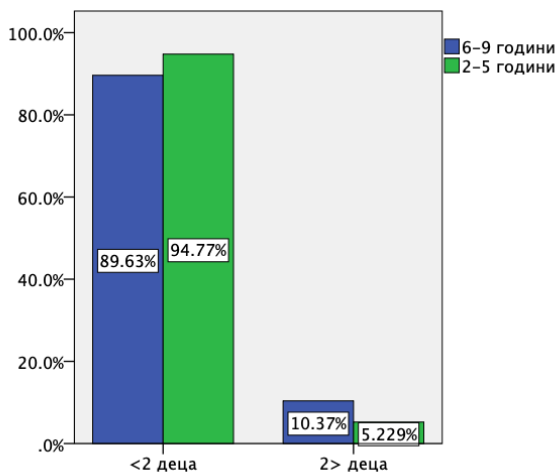
**График 11.** Приказ на бројот на деца во домаќинствата.



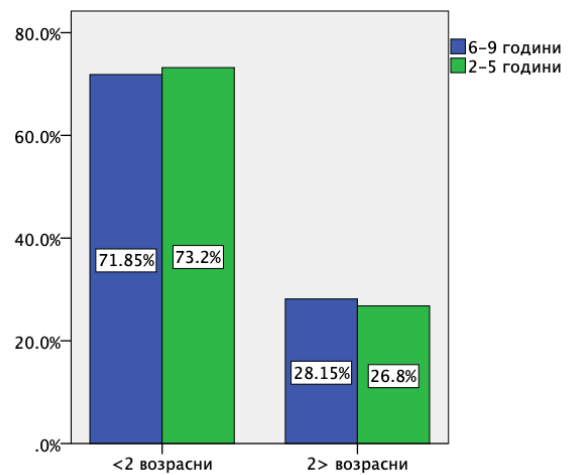
**График 12.** Приказ на бројот на возрасни во домаќинствата.



**График 13.** Приказ на бројот на деца во домаќинствата според возрасни групи.



**График 14.** Приказ на бројот на возрасни во домаќинствата според возрасната група на децата.



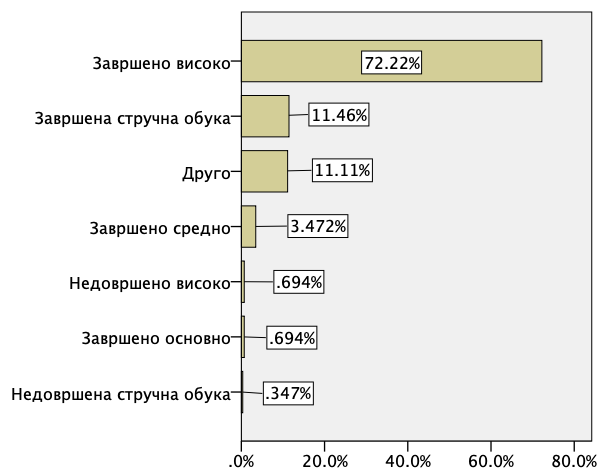
Табела 6 и График 15-16 го прикажуваат степенот на највисокото завршено образование на испитаниците. Поголем процент од вкупниот број испитаници (72.2%) (Табела 6, График 15) и кај различните возрасни групи (71.9-72.6%) (Табела 6, График 16) изјавија дека имаат завршено високо образование.

Статистички значајна разлика се регистрира меѓу испитаниците со завршено високо образование и останатите испитаници ( $\chi^2=56.889$ ,  $p=0.000$ ). Во однос на возрасните групи, статистички значајна разлика се регистрира меѓу испитаниците со завршено високо образование и останатите родители/ старатели на деца на предучилишна возраст ( $\chi^2=29.340$ ,  $p=0.000$ ) и родителите/ старателите на деца на училишна возраст ( $\chi^2=27.563$ ,  $p=0.000$ ).

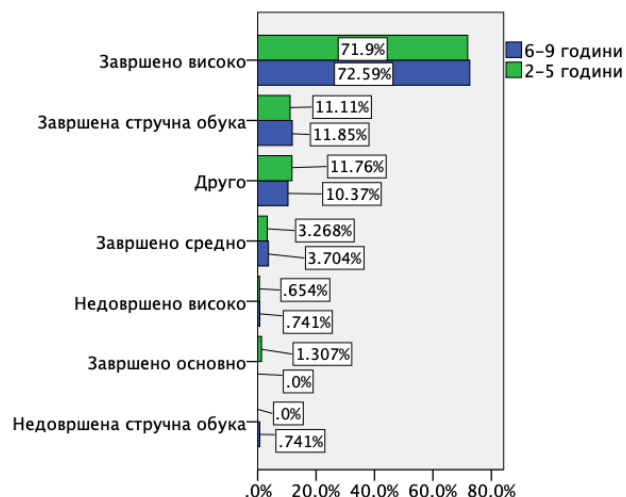
**Табела 6.** Приказ на степенот на завршено образование на учесниците

	<i>Вкупно</i>		<i>2-5</i>		<i>6-9</i>	
	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>
Завршено високо	208	72.2	110	71.9	98	72.6
Недовршено високо	2	0.7	1	0.7	1	0.7
Завршено средно	10	3.5	4	3.3	4	3.7
Завршена стручна обука	33	11.5	17	11.1	16	11.8
Недовршена стручна обука	1	0.3			1	0.7
Завршено основно	2	0.7	2	0.7		
Друго	32	11.1	18	11.8	14	11.4

**График 15.** Приказ на степенот на завршено образование на вкупниот број испитаници.



**График 16.** Приказ на степенот на завршено образование на испитаниците според возрастната група на децата.



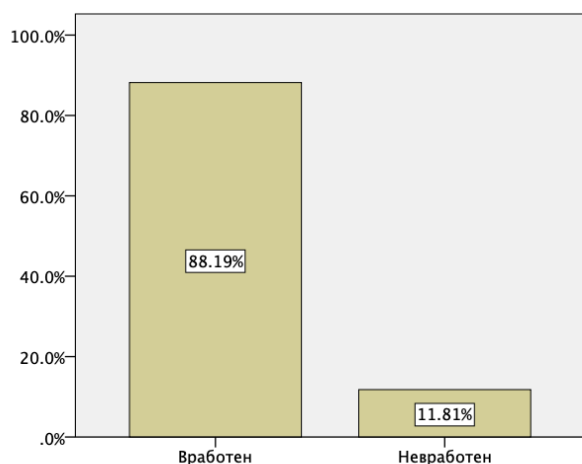
Табела 8 и График 17-18 го прикажуваат работниот однос на испитаниците. Според прикажаните податоци, поголем процент на испитаници изјавиле дека се во работен однос (88.2%) (Табела 8, График 17). Во однос на возрастните групи, поголем процент на родители/ старатели на деца на предучилишна (92.2%) и училишна (83.7%) возраст изјавиле дека се вработени (Табела 8, График 18).

Статистички значајна разлика се регистрира меѓу учесниците кои се вработени и оние кои се невработени ( $\chi^2=168.056$ ,  $p=0.000$ ). Во однос на возрастните групи, статистички значајна разлика се регистрира меѓу вработените и невработените родители/ старатели на деца на предучилишна возраст ( $\chi^2=108.765$ ,  $p=0.000$ ) и родителите/ старателите на училишна возраст ( $\chi^2=61.341$ ,  $p=0.000$ ).

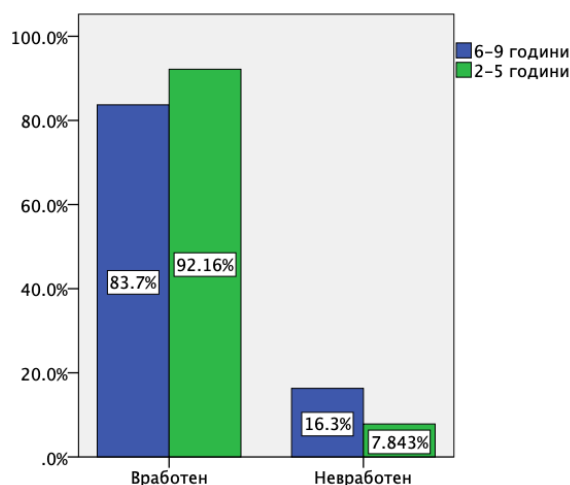
**Табела 8.** Приказ на работниот однос на учесниците.

	Вкупно		2-5		6-9	
	Број	%	Број	%	Број	%
Вработен	254	88.2	141	92.2	113	83.7
Невработен	34	11.8	12	7.8	22	16.3

**График 17.** Приказ на работниот однос на испитаниците.



**График 18.** Приказ на работниот однос на испитаниците според возрастната група на децата.



Табела 9 и График 19-20 го прикажуваат брачниот/ партнерски статус на испитаниците. Поголем процент испитаници изјавиле дека се во брак и живеат заедно со нивниот партнер (85.1%) (Табела 9, График 19). Во однос на возрастните групи, поголем процент на родителите/ старателите на деца на предучилишна (92.8%) и училишна (84.4%) возраст изјавиле дека се во брак или врска (Табела 9, График 20).

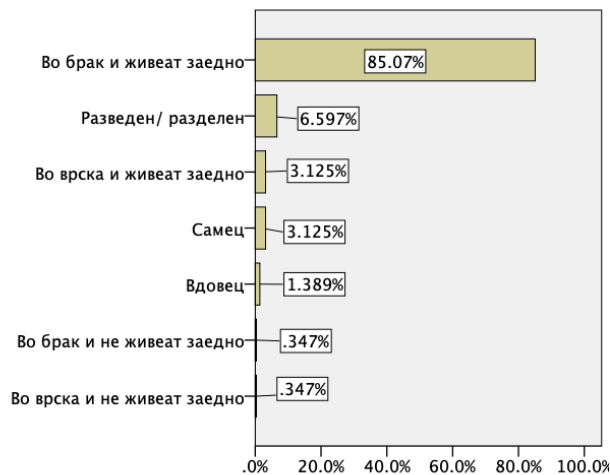
Статистички значајна разлика се регистрира меѓу учесниците кои се во брак или врска и останатите учесници ( $\chi^2=174.222$ ,  $p=0.000$ ). Во однос на возрастните групи, статистички значајна разлика се регистрира меѓу учесниците кои се во брак или врска и останатите родители/ старатели на деца на предучилишна возраст ( $\chi^2=112.163$ ,  $p=0.000$ ) и родителите/ старателите на деца на училишна возраст ( $\chi^2=64.067$ ,  $p=0.000$ ).



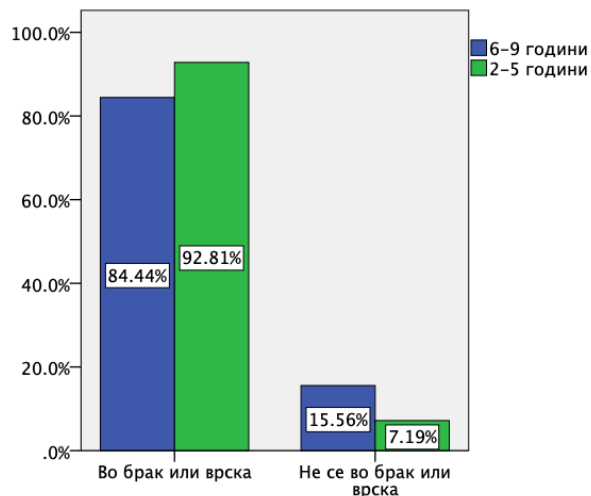
**Табела 9.** Приказ на брачниот/ партнерски статус на испитаниците.

	<i>Вкупно</i>		<i>2-5</i>		<i>6-9</i>	
	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>
Во брак и живее со партнер	245	85.1	138	90.2	107	79.3
Разведен или разделен	19	6.6	4	2.6	15	11.1
Во врска и живее со партнер	9	3.1	4	2.6	5	3.7
Самец	9	3.1	6	3.9	3	2.2
Вдовец	4	1.4	1	0.7	3	2.2
Во брак и не живее со партнер	1	0.3			1	0.7
Во врска и не живее со партнер	1	0.3			1	0.7

**График 19.** Приказ на брачниот/ партнерски статус на испитаниците.



**График 20.** Приказ на брачниот/ партнерски статус на испитаниците според возрасната група на децата.



## 4.2 Застапеност на анксиозност

### 4.2.1 Застапеност на анксиозност кај деца

Табела 10 и График 21-23 го прикажува интензитетот на симптоми на анксиозност кај децата. Во однос на возрастните групи, просечниот скор на анксиозност со симптоми на депресија ( $50.4 \pm 10.6$ ) беше во просечни рамки кај децата на предучилишна возраст, каде 50% од децата на предучилишна возраст имаа скор помал од 50 ( $Me=49.6$ ,  $IQR=40.9-58.3$ ) (Табела 10, График 21).

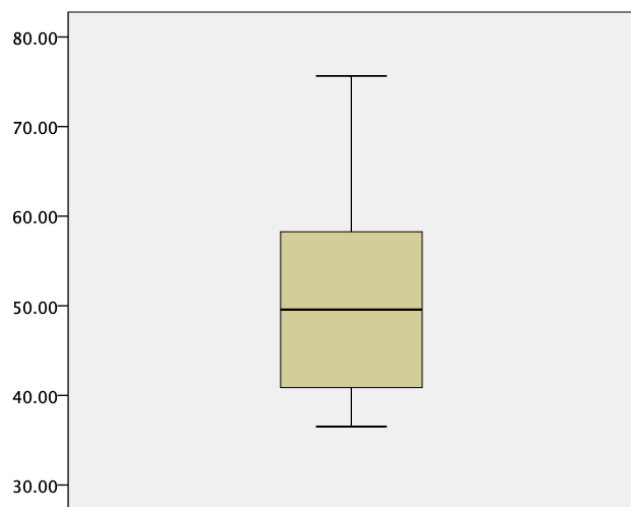
Просечниот скор кај децата на училишна возраст беше исто така во просечни рамки ( $54.4 \pm 10.9$ ), каде 50% од децата имаа скор помал од 54 ( $Me=53.5$ ,  $IQR=46.6-60.3$ ) (Табела 10, График 22).

Просечниот скор на анксиозност со соматски симптоми кај децата на училишна возраст беше во просечни рамки ( $3.4 \pm 2.8$ ), каде 50% од нив имаа скор помал од 4 ( $IQR=2-6$ ) (Табела 10, График 23).

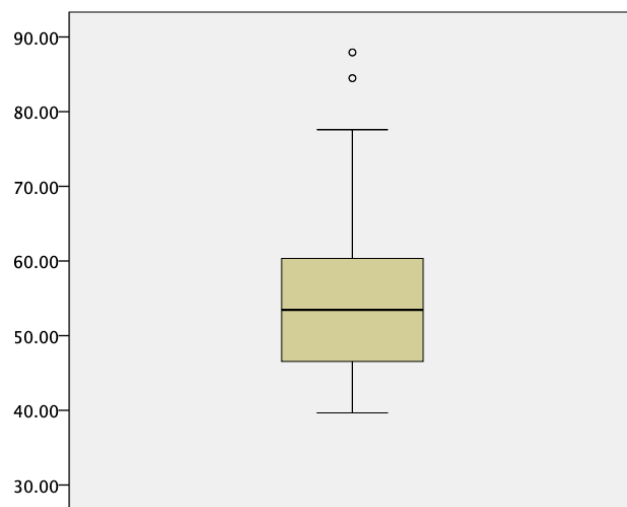
**Табела 10.** Приказ на интензитетот на симптоми на анксиозност кај децата.

	<i>Број</i>	<i>Минимум</i>	<i>Максимум</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>							
CBCL-AD	153	36.5	75.7	50.4	10.6	49.6	40.9-58.3
<i>6-9 години</i>							
CBCL-AD	135	39.7	87.9	54.4	10.9	53.5	46.6-60.3
CBCL-A	135	0	12	3.4	2.8	4	2-6

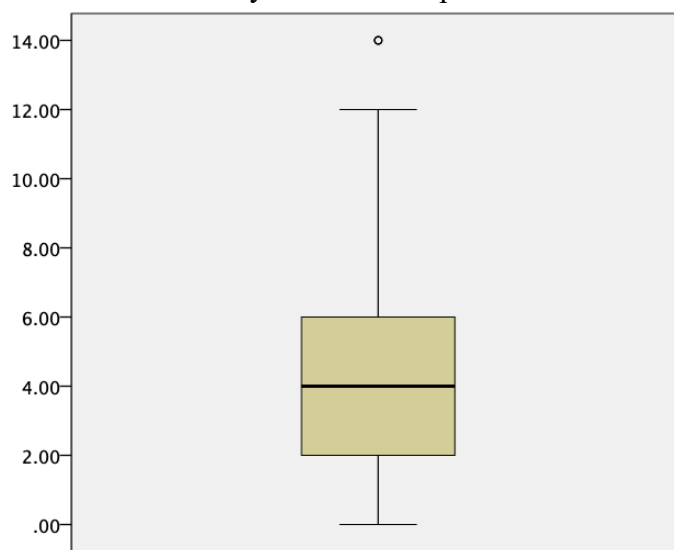
**График 21.** Приказ на интензитетот на симптоми на анксиозност со депресивни симптоми кај децата на предучилишна возраст.



**График 22.** Приказ на интензитетот на симптоми на анксиозност со депресивни симптоми кај децата на училишна возраст.



**График 23.** Приказ на интензитетот на симптоми на анксиозност со соматски симптоми кај децата на училишна возраст.



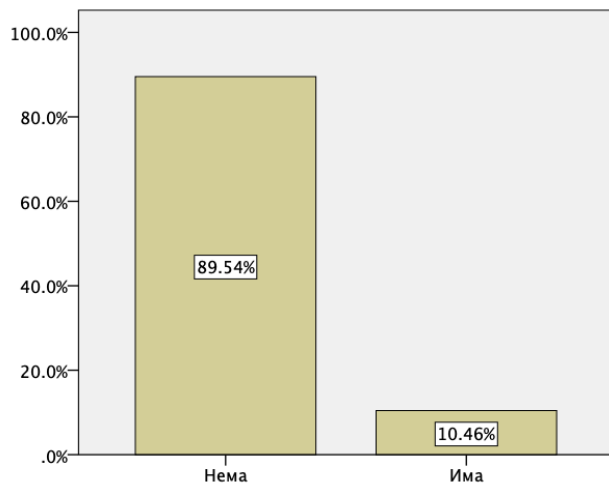
Табела 11 и График 24-26 ја прикажуваат инциденцата на анксиозност кај децата. Податоците укажуваат дека 10.5% од децата на предучилишна возраст (Табела 11, График 24) и 15.6% од децата на училишна возраст (Табела 11, График 25) имаа анксиозност со симптоми на депресија. Анксиозност со соматски симптоми имаа 8.1% од децата на училишна возраст (Табела 11, График 26).

Статистички значајна разлика се регистрираше меѓу децата на предучилишна возраст кои имаа анксиозност со симптоми на депресија, во споредба со оние кои немаа анксиозност (Chi-квадрат=95.693,  $p=0.000$ ). Статистички значајна разлика се регистрираше меѓу децата на училишна возраст кои имаа анксиозност со симптоми на депресија, во споредба со оние кои немаа анксиозност (Chi-квадрат=64.067,  $p=0.000$ ). Статистички значајна разлика се регистрираше меѓу децата на училишна возраст кои имаа анксиозност со соматски симптоми, во споредба со оние кои немаа анксиозност (Chi-квадрат=88.007,  $p=0.000$ ).

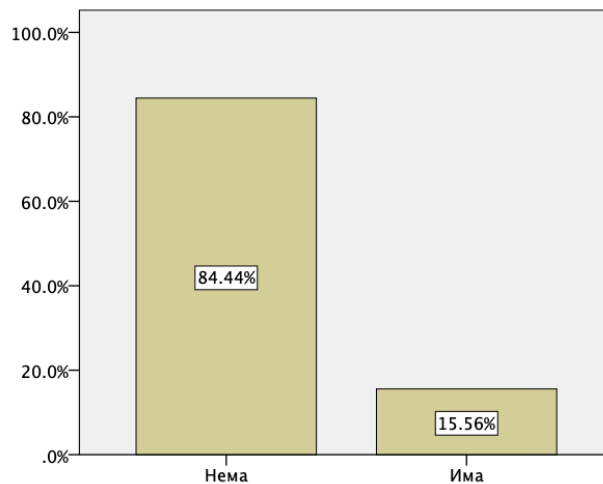
**Табела 11.** Приказ на инциденцата на анксиозност кај децата.

	<i>Број</i>	<i>%</i>
<i>2-5 години</i>		
CBCL-AD		
Нема анксиозност	137	89.5
Има анксиозност	16	10.5
<i>6-9 години</i>		
CBCL-AD		
Нема анксиозност	114	84.4
Има анксиозност	21	15.6
CBCL-A		
Нема анксиозност	122	90.4
Има анксиозност	13	9.6

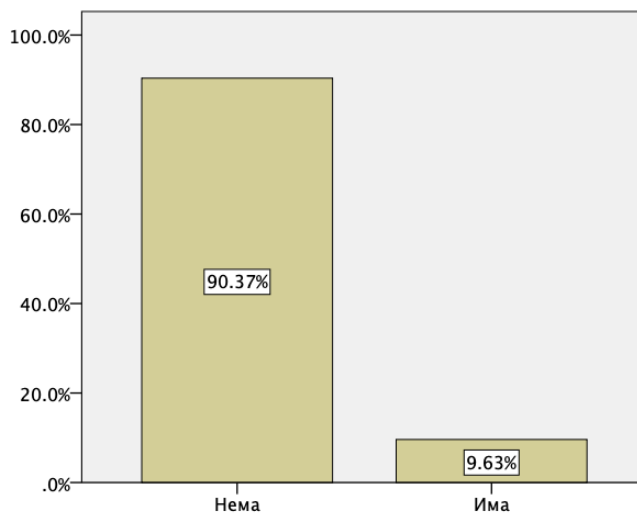
**График 24.** Приказ на инциденцата на симптоми на анксиозност со депресивни симптоми кај децата на предучилишна возраст.



**График 25.** Приказ на инциденцата на симптоми на анксиозност со депресивни симптоми кај децата на училишна возраст.



**График 26.** Приказ на инциденцата на симптоми на анксиозност со соматски симптоми кај децата на училишна возраст.



#### 4.2.2 Застапеност на анксиозност кај родители

Табела 12 и График 27-28 го прикажуваат интензитетот на симптоми на анксиозност кај родителите/ старателите. Просечниот скор на анксиозност кај родителите/ старателите ( $4.6 \pm 6$ ) укажува дека просечниот родител/ старател од истражувањето немаше клинички значајни симптоми на анксиозност, каде 50% од испитаниците имале скор помал од 2 (IQR=0-8) (Табела 12, График 27).

Во однос на возрасните групи, просечниот скор кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст ( $4 \pm 5.5$ ), каде 50% од испитаниците имале скор помал од 2 (IQR=0-6).

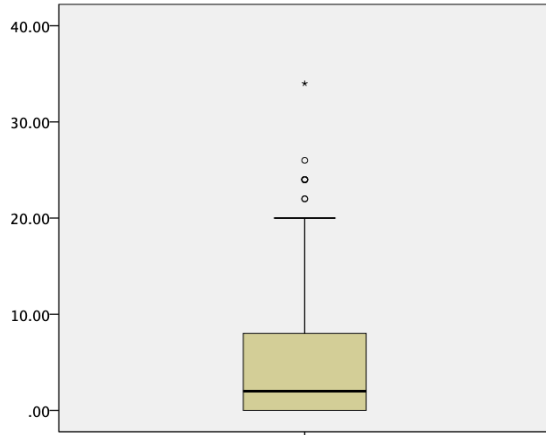
Просечниот скор на анксиозност кај родителите/ старателите на училишна возраст ( $5.2 \pm 6.6$ ) исто така беше во просечни рамки, каде 50% од нив имале скор помал од 2 (IQR=0-8) (Табела 12, График 28).

Статистички значајна разлика не се регистрираше меѓу просечниот скор на анксиозност кај родителите/ старателите на деца на предучилишна и училишна возраст (Mann-Whitney  $U=9648.5$ ,  $Z=-1.001$ ,  $p=0.317$ ).

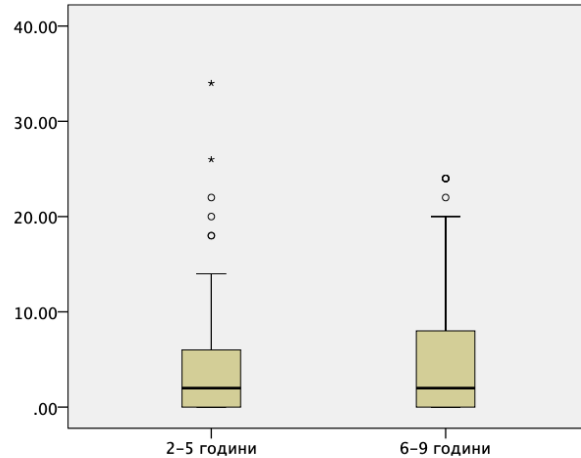
**Табела 12.** Приказ на интензитетот на симптоми на анксиозност кај родителите/ старателите.

	<i>Број</i>	<i>Минимум</i>	<i>Максимум</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
Вкупно	288	0	34	4.6	6	2	0-8
2-5 години	153	0	34	4	5.5	2	0-6
6-9 години	135	0	24	5.2	6.6	2	0-8

**График 27.** Приказ на интензитетот на симптоми на анксиозност кај родителите/старателите.



**График 28.** Приказ на интензитетот на симптоми на анксиозност кај родителите/старателите според возрастна група.



Табела 13 и График 29-30 ја прикажуваат инциденцата на анксиозност кај родителите/старателите. Благ до екстремно тешки симптоми на анксиозност имаа 45% од родителите/старателите (Табела 12, График 29).

Во однос на возрастните групи, 44% од родителите/старателите на деца на предучилишна возраст и 46% од родителите/старателите на деца на предучилишна возраст имале благи до екстремно тешки симптоми на анксиозност (Табела 13, График 30).

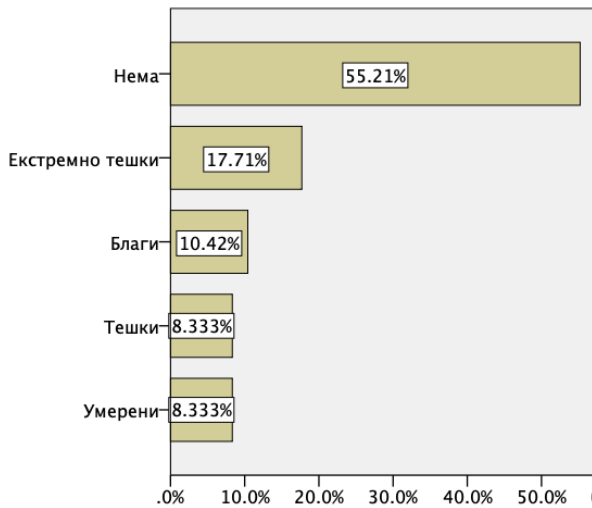
Статистички значајна разлика не се регистрираше меѓу родителите/старателите со и без анксиозност (Chi-квадрат=3.125,  $p=0.077$ ).

Статистички значајна разлика не се регистрираше во однос на присуството на анксиозност кај родителите/старателите на деца на предучилишна (Chi-квадрат=2.359,  $p=0.125$ ) и училишна возраст (Chi-квадрат=0.896,  $p=0.344$ ).

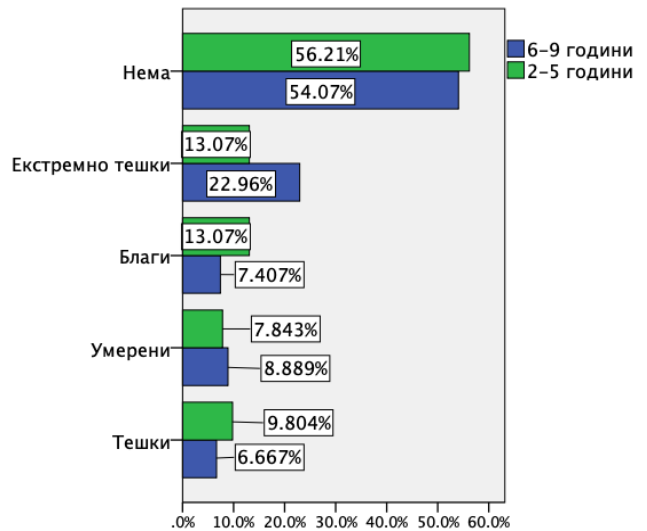
**Табела 13.** Приказ на инциденцата на анксиозност кај родителите/ старателите.

	<i>Вкупно</i>		<i>2-5</i>		<i>6-9</i>	
	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>	<i>Број</i>	<i>%</i>
<i>DASS</i>						
Нема	159	55.2	86	56.2	73	54.1
Благ	30	10.4	20	13.1	10	7.4
Умерен	24	8.3	12	7.8	12	8.9
Тежок	24	8.3	15	9.8	9	6.7
Екстремно тежок	51	17.7	20	13.1	31	22.9

**График 29.** Приказ на инциденцата на анксиозност кај родителите/ старателите.



**График 30.** Приказ на инциденцата на анксиозност кај родителите/ старателите според возрастна група.





### 4.3 Фактори на ризик за анксиозност кај деца

#### 4.3.1 Корелации меѓу факторите на ризик и анксиозноста кај деца

Табела 14 ги прикажува корелациите меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста кај деца на предучилишна возраст. Во однос на индивидуалните фактори на ризик, може да се увиди дека позитивна и слаба статистички значајна корелација се јавува меѓу интензитетот на анксиозноста и возраста на детето (Spearman  $R=0.181$ ,  $p=0.025$ ) (Табела 14).

Во однос на семејните фактори на ризик, може да се увиди дека позитивна и слаба статистички значајна корелација се јавува меѓу интензитетот на анксиозноста и бројот на деца во домаќинството (Spearman  $R=0.179$ ,  $p=0.027$ ), позитивна и умерена корелација со интензитетот на анксиозноста кај родителот/ старателот (Spearman  $R=0.307$ ,  $p=0.000$ ), позитивна и слаба корелација со интензитетот на депресија кај родителот/ старателот (Spearman  $R=0.243$ ,  $p=0.002$ ), позитивна и умерена со интензитетот на дисфункционално родителство (Spearman  $R=0.319$ ,  $p=0.000$ ) и позитивна и слаба со интензитетот на родителски конфликт (Spearman  $R=0.279$ ,  $p=0.001$ ) (Табела 14).

**Табела 14.** Приказ на корелации меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозност кај деца на предучилишна возраст.

	<i>Z</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
<i>Индивидуални фактори</i>			
Пол	-0.681		0.496
Возраст		0.181	0.025*
<i>Семејни фактори</i>			
Пол на родител	-1.123		0.261
Возраст на родител		-0.77	0.342
Број на возрасни во домаќинството		-0.063	0.439
Број на деца во домаќинството		0.179	0.027*

Брачен статус	-0.470	0.638
Анксиозност кај родител	0.307	0.000*
Депресија кај родител	0.243	0.002*
Дисфункционално родителство	0.319	0.000*
Родителски конфликт	0.279	0.001*
<i>Социјални фактори</i>		
Ниво на образование	-0.070	0.390
Работен однос	-1.540	0.124

Табела 15 ги прикажува корелациите меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст. Статистички значајна корелација беше забележана меѓу интензитетот на анксиозноста и факторите на ризик на семејно ниво (Табела 15).

Позитивна и умерена статистички значајна корелација беше забележана меѓу интензитетот на анксиозноста кај децата и интензитетот на анксиозноста кај родителите/старателите (Spearman  $R=0.362$ ,  $p=0.000$ ), позитивна и слаба корелација со интензитетот на депресијата кај родителите/старателите (Spearman  $R=0.298$ ,  $p=0.000$ ), како и позитивна и слаба корелација со интензитетот на родителскиот конфликт (Spearman  $R=0.188$ ,  $p=0.045$ ) (Табела 15).

**Табела 15.** Приказ на корелации меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст.

	<i>Z</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
<i>Индивидуални фактори</i>			
Пол	-1.652		0.099
Возраст		0.149	0.084
<i>Семејни фактори</i>			
Пол на родител	-0.604		0.549

Возраст на родител	0.039	0.657
Број на возрасни во домаќинството	0.112	0.197
Број на деца во домаќинството	0.072	0.408
Брачен статус	-0.202	0.840
Анксиозност кај родител	0.362	0.000*
Депресија кај родител	0.298	0.000*
Дисфункционално родителство	0.067	0.439
Родителски конфликт	0.188	0.045*
<i>Социјални фактори</i>		
Ниво на образование	-0.168	0.052
Работен однос	-0.609	0.543

Табела 16 ги прикажува корелациите меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста со соматски симптоми кај деца на училишна возраст. На семејно ниво, позитивна и умерена статистички значајна корелација беше забележана меѓу интензитетот на анксиозноста кај децата и интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите (Spearman  $R=0.341$ ,  $p=0.000$ ), позитивна и слаба корелација со интензитетот на депресијата кај родителите/ старателите (Spearman  $R=0.242$ ,  $p=0.000$ ), како и позитивна и слаба корелација со интензитетот на родителскиот конфликт (Spearman  $R=0.187$ ,  $p=0.046$ ) (Табела 16).

**Табела 16.** Приказ на корелации меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста со соматски симптоми кај деца на училишна возраст.

	<i>Z</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
<i>Индивидуални фактори</i>			
Пол	-1.304		0.192
Возраст		0.080	0.357

<i>Семејни фактори</i>		
Пол на родител	-0.058	0.954
Возраст на родител	0.056	0.522
Број на возрасни во домаќинството	0.067	0.442
Број на деца во домаќинството	-0.042	0.631
Брачен статус	-0.617	0.537
Анксиозност кај родител	0.341	0.000*
Депресија кај родител	0.242	0.005*
Дисфункционално родителство	0.091	0.296
Родителски конфликт	0.187	0.046*
<i>Социјални фактори</i>		
Ниво на образование	-0.165	0.056
Работен однос	-1.067	0.286

#### 4.3.2 Доминантни фактори на ризик за анксиозност кај деца

Табела 17 ги прикажува коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на предучилишна возраст. Од податоците се забележува дека возраста на децата учествува со 3.9% како фактор на ризик ( $R^2=0.039$ ,  $p=0.015$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 96.1%; бројот на деца во домаќинството учествува со 2.8% ( $R^2=0.028$ ,  $p=0.038$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 97.2%; интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите учествува со 5% ( $R^2=0.050$ ,  $p=0.005$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 95%; интензитетот на депресијата кај родителите/ старателите учествува со 6.5% ( $R^2=0.065$ ,  $p=0.000$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 93.5%; дисфункционалното родителство учествува со 9% ( $R^2=0.090$ ,  $p=0.000$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 91%; додека родителскиот конфликт учествува со 7.3% ( $R^2=0.073$ ,  $p=0.001$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 92.7% (Табела 17).

**Табела 17.** Приказ на коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на предучилишна возраст.

	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Возраст на дете	0.039	0.015*
Број на деца во домаќинството	0.028	0.038*
Анксиозност кај родител	0.050	0.005*
Депресија кај родител	0.065	0.001*
Дисфункционално родителство	0.090	0.000*
Родителски конфликт	0.073	0.001*

Табела 18 ја прикажуваат модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај деца на предучилишна возраст. Според АИС вредноста, модел селекцијата го издвои моделот кој го зема во предвид адитивниот ефект на варијација во дисфункционалните родителски практики и родителскиот конфликт (AIC=1056.2) како најефикасен во предвидување на варијацијата во анксиозност со депресивни симптоми кај деца на предучилишна возраст (Табела 18).

Од одбраниот модел се забележува дека за секое зголемување на интензитетот на дисфункционални родителски практики интензитетот на анксиозност кај децата се зголемува за 3.6 пати ( $\beta=3.628$ ,  $p=0.025$ ), додека за секое зголемување на интензитетот на родителскиот конфликт интензитетот на анксиозност кај децата се зголемува за 0.4 пати ( $\beta=0.407$ ,  $p=0.000$ ).

**Табела 18.** Приказ на модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај деца на предучилишна возраст.

Модел	AIC
Возраст на дете + Број на деца во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	1058
Возраст на дете + Број на деца во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Работен однос	1057.9
Возраст на дете + Број на деца во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт	1057.1
Возраст на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт	1055.8
Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт	1056.9
Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт	1056
Дисфункционално родителство + Родителски конфликт	1056.2

Табела 19 ги прикажува коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст. Од податоците се забележува дека интензитетот на анксиозност кај родителите/ старателите учествува со 10% ( $R^2=0.100$ ,  $p=0.000$ ) како ризик фактор за анксиозност со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст, што укажува дека други фактори учествуваат со 90%. Интензитетот на депресија кај родителите/ старателите учествува со 13.2% ( $R^2=0.132$ ,  $p=0.000$ ) како фактор на ризик, што укажува дека други фактори учествуваат со 86.8%. Од податоците се забележува дека интензитетот на родителски конфликт самостојно незначително учествува како фактор на ризик за анксиозноста со симптоми на депресија кај децата ( $R^2=0.021$ ,  $p=0.123$ ) (Табела 19).

**Табела 19.** Приказ на коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст.

	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Анксиозност кај родител	0.100	0.000*
Депресија кај родител	0.132	0.000*
Родителски конфликт	0.021	0.123

Табела 20 ја прикажува модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај деца на училишна возраст. Според AIC вредноста, модел селекцијата го издвои моделот кој го зема во предвид адитивниот ефект на варијација во полот на детето, депресијата кај родителот/ старателот и родителскиот конфликт (AIC=846.7) како најефикасен во предвидување на варијацијата во анксиозност со депресивни симптоми кај деца на училишна возраст (Табела 20).

Од одбраниот модел се забележува дека за секое зголемување на интензитетот на депресијата кај родителите/ старателите, интензитетот на анксиозност со симптоми на депресија кај децата на училишна возраст се зголемува за 0.7 пати ( $\beta=0.712$ ,  $p=0.000$ ). Машките деца на училишна возраст имале за 4 пати понизок интензитет на анксиозност со симптоми на депресија ( $\beta=-4.008$ ,  $p=0.040$ ), додека родителскиот конфликт самостојно незначително придонесувал кон зголемување на интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст ( $\beta=-0.131$ ,  $p=0.462$ ).

**Табела 20.** Приказ на модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај деца на училишна возраст.

Модел	AIC
Пол на дете + Возраст на дете + Пол на родител + Број на деца во домаќинството + Број на возрасни во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	852.7
Пол на дете + Возраст на дете + Пол на родител + Број на деца во домаќинството + Број на возрасни во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	852.8
Пол на дете + Возраст на дете + Пол на родител + Број на деца во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	851.6
Пол на дете + Возраст на дете + Број на деца во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	850.6
Пол на дете + Возраст на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	848.8
Пол на дете + Возраст на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование	849.3
Пол на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование	850.4
Пол на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт	848.4
Пол на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт	850.8
Пол на дете + Депресија кај родител + Родителски конфликт	846.7
Пол на дете + Родителски конфликт	866



Табела 21 ги прикажува коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста со соматски симптоми кај деца на училишна возраст. Од податоците се забележува дека интензитетот на анксиозност кај родителите/ старателите учествува со 7.5% ( $R^2=0.075$ ,  $p=0.001$ ) како фактор на ризик за анксиозност со соматски симптоми кај децата, што укажува дека други фактори учествуваат со 92.5%. Интензитетот на депресија кај родителите/ старателите учествува со 6.7% ( $R^2=0.067$ ,  $p=0.003$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 93.3%. Од податоците се забележува дека интензитетот на родителски конфликт самостојно незначително учествува како фактор на ризик за анксиозност со соматски симптоми кај децата ( $R^2=0.007$ ,  $p=0.393$ ) (Табела 21).

**Табела 21.** Приказ на коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста со соматски симптоми кај деца на училишна возраст.

	<i>R-квадрат</i>	<i>p</i>
Анксиозност кај родител	0.075	0.001*
Депресија кај родител	0.067	0.003*
Родителски конфликт	0.007	0.393

Табела 22 ја прикажува модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност со соматски симптоми кај деца на училишна возраст. Според AIC вредноста, модел селекцијата го издвои моделот кој го зема во предвид адитивниот ефект на варијација во анксиозноста кај родителот/ старателот и родителскиот конфликт (AIC=588.9) како најефикасен во предвидување на варијацијата во анксиозност со соматски симптоми кај деца на училишна (Табела 22).

Од одбраниот модел се забележува дека за секое зголемување на интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите, интензитетот на анксиозност со соматски симптоми кај децата на училишна возраст се зголемува за 0.2 пати ( $\beta=0.169$ ,  $p=0.001$ ),

додека родителскиот конфликт самостојно незначително придонесувал кон интензитетот на анксиозноста со соматски симптоми кај деца на училишна возраст ( $\beta=-0.042$ ,  $p=0.457$ ).

**Табела 22.** Приказ на модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност со соматски симптоми кај деца на училишна возраст.

Модел	AIC
Пол на дете + Возраст на дете + Возраст на родител + Број на деца во домаќинството + Број на возрасни во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	595.7
Пол на дете + Возраст на дете + Број на деца во домаќинството + Број на возрасни во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	594.4
Пол на дете + Возраст на дете + Број на деца во домаќинството + Број на возрасни во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	592.7
Пол на дете + Возраст на дете + Број на деца во домаќинството + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	592.1
Пол на дете + Возраст на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	590.3
Пол на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование + Работен однос	589
Пол на дете + Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование	589.8
Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Ниво на образование	588.9
Анксиозност кај родител + Депресија кај родител + Родителски конфликт	586.9
Анксиозност кај родител + Родителски конфликт	588.9

## 4.4 Фактори на ризик за анксиозност кај родители

### 4.4.1 Корелации меѓу факторите на ризик и анксиозноста кај родители

Табела 23 ги прикажува корелациите меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст. Во однос на индивидуалните фактори на ризик може да се увиди дека позитивна и умерена статистички значајна корелација се јавува меѓу интензитетот на анксиозноста и интензитетот на депресијата кај родителите/ старателите (Spearman  $R=0.639$ ,  $p=0.000$ ) (Табела 23).

Во однос на семејните фактори на ризик може да се забележи дека позитивна и слаба статистички значајна корелација се јавува меѓу интензитетот на анксиозноста и интензитетот на дисфункционалното родителство (Spearman  $R=0.298$ ,  $p=0.000$ ), позитивна и слаба корелација со родителскиот конфликт (Spearman  $R=0.291$ ,  $p=0.000$ ), како и позитивна и умерена со анксиозноста кај децата (Spearman  $R=0.307$ ,  $p=0.000$ ) (Табела 23).

**Табела 23.** Приказ на корелациите меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст.

	<i>Z</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
<i>Индивидуални фактори</i>			
Пол	-0.064		0.949
Возраст		-0.011	0.890
Депресија кај родител		0.639	0.000*
<i>Семејни фактори</i>			
Пол на дете	-1.056		0.291
Возраст на дете		-0.021	0.797
Број на возрасни во домаќинството		-0.143	0.077
Број на деца во домаќинството		0.002	0.979

Брачен статус	-0.441	0.659
Дисфункционално родителство	0.298	0.000*
Родителски конфликт	0.291	0.000*
CBCL-AD	0.307	0.000*
<i>Социјални фактори</i>		
Ниво на образование	-0.020	0.810
Работен однос	-1.437	0.151

Табела 24 ги прикажува корелациите меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст. Во однос на индивидуалните фактори на ризик може да се забележи дека позитивна и умерена статистички значајна корелација се јавува меѓу интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите и интензитетот на депресијата кај нив (Spearman  $R=0.698$ ,  $p=0.000$ ) (Табела 24).

Во однос на семејните фактори на ризик може да се забележи дека позитивна и слаба статистички значајна корелација се јавува меѓу интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите и бројот на возрасни во домаќинството (Spearman  $R=0.267$ ,  $p=0.002$ ), позитивна и слаба корелација се бележи со интензитетот на дисфункционалното родителство (Spearman  $R=0.261$ ,  $p=0.002$ ), позитивна и умерена корелација со родителскиот конфликт (Spearman  $R=0.322$ ,  $p=0.000$ ), позитивна и умерена корелација со анксиозноста со симптоми на депресија кај децата (Spearman  $R=0.362$ ,  $p=0.000$ ), како и позитивна и умерена корелација со анксиозноста со соматски симптоми кај децата (Spearman  $R=0.341$ ,  $p=0.000$ ) (Табела 24).

**Табела 24.** Приказ на поврзаноста меѓу факторите на ризик и интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст.

	<i>Z</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
<i>Индивидуални фактори</i>			
Пол	-1.671		0.095
Возраст		-0.025	0.805
Депресија кај родител		0.698	0.000*
<i>Семејни фактори</i>			
Пол на дете	-1.020		0.308
Возраст на дете		-0.056	0.516
Број на возрасни во домаќинството		0.267	0.002*
Број на деца во домаќинството		-0.021	0.808
Брачен статус	-1.468		0.142
Дисфункционално родителство		0.261	0.002*
Родителски конфликт		0.322	0.000*
CBCL-AD		0.362	0.000*
CBCL-A		0.341	0.000*
<i>Социјални фактори</i>			
Ниво на образование		-0.027	0.142
Работен однос	-0.322		0.748

#### 4.4.2 Доминантни фактори на ризик за анксиозност кај родители

Табела 25 ги прикажува коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст. Од податоците се забележува дека интензитетот на депресија кај родителите/ старателите учествува со 43.4% ( $R^2=0.434$ ,  $p=0.000$ ) како фактор на ризик за анксиозноста кај оваа група родители/ старатели, што укажува дека други фактори учествуваат со 56.6%. Дисфункционалното родителство учествува со 5.8% ( $R^2=0.058$ ,  $p=0.003$ ) како фактор на

ризик, што укажува дека други фактори учествуваат со 94.2%. Анксиозноста кај децата учествува со 10% ( $R^2=0.100$ ,  $p=0.000$ ), што укажува дека други фактори учествуваат со 90%. Како и претходно, од податоците се забележува дека родителскиот конфликт самостојно незначително учествува како фактор на ризик за анксиозност кај оваа група родители/ старатели ( $R^2=0.025$ ,  $p=0.059$ ) (Табела 25).

**Табела 25.** Приказ на коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст.

	<i>R-квадрат</i>	<i>p</i>
Депресија кај родител	0.434	0.000*
Дисфункционално родителство	0.058	0.003*
Родителски конфликт	0.025	0.059
CBCL-AD	0.100	0.000*

Табела 26 ја прикажува модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст. Според AIC вредноста, модел селекцијата го издвои моделот кој го зема во предвид адитивниот ефект на варијација во бројот на возрасни во домаќинството, депресијата кај родителот/ старателот и родителскиот конфликт (AIC=816.1) како најефикасен во предвидување на варијацијата во анксиозност кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст (Табела 26).

Од податоците се забележува дека за секое зголемување на бројот на возрасни во домаќинството, интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите се намалува за 1 ( $\beta=-1.017$   $p=0.015$ ). За секое зголемување на интензитетот на депресијата кај родителите/ старателите, интензитетот на анксиозноста се зголемува за 0.9 пати ( $\beta=0.858$ ,  $p=0.000$ ). Родителскиот конфликт самостојно незначително придонесувал кон интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст ( $\beta=-0.000$ ,  $p=0.998$ ).

**Табела 26.** Приказ на модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај родители/ старатели на деца на предучилишна возраст.

Модел	AIC
Пол на дете + Возраст на дете + Пол на родител + Возраст на родител + Број на деца во домаќинството + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Работен однос	829.1
Пол на дете + Возраст на дете + Пол на родител + Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Работен однос	827.4
Пол на дете + Возраст на дете + Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Работен однос	825.4
Возраст на дете + Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Работен однос	823.7
Возраст на дете + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Работен однос	822.4
Возраст на дете + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете	820.7
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете	819.2
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт	818.1
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Родителски конфликт	816.1
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител	870.1

Табела 27 ги прикажува коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст. Од податоците се забележува дека интензитетот на депресија кај родителите/ старателите учествува со 57.8% ( $R^2=0.578$ ,  $p=0.000$ ) како фактор на ризик за анксиозност кај оваа група родители/ старатели, што укажува дека помал процент од други фактори (42.2%) учествуваат како фактори на ризик. Бројот на возрасни во домаќинството учествува со 11.3% ( $R^2=0.113$ ,  $p=0.000$ ) како фактор на ризик, каде други фактори учествуваат со 88.7%. Дисфункционалното родителство учествува со 7.4% ( $R^2=0.074$ ,  $p=0.001$ ) како фактор на ризик, што укажува дека други фактори учествуваат со 92.6%. Родителскиот конфликт учествува со 22.2% ( $R^2=0.222$ ,  $p=0.000$ ) како фактор на ризик, што укажува дека други фактори учествуваат со 77.8%. Анксиозноста со симптоми на депресија кај децата учествува со 5% ( $R^2=0.050$ ,  $p=0.000$ ) како фактор на ризик, што укажува дека други фактори учествуваат со 95%. Анксиозноста со соматски симптоми кај децата учествува со 7.5% ( $R^2=0.075$ ,  $p=0.001$ ) како фактор на ризик, што укажува дека други фактори учествуваат со 92.5% (Табела 27).

**Табела 27.** Приказ на коефициентите на детерминација во однос на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст.

	<i>R-квадрат</i>	<i>p</i>
Депресија кај родител	0.578	0.000*
Број на возрасни во домаќинството	0.113	0.000*
Дисфункционално родителство	0.074	0.001*
Родителски конфликт	0.222	0.000*
CBCL-AD	0.050	0.000*
CBCL-A	0.075	0.001*



Табела 28 ја прикажува модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст. Според АIC вредноста, модел селекцијата го издвои моделот кој го зема во предвид адитивниот ефект на варијација во интензитетот на депресијата кај родителот/ старателот и родителскиот конфликт (AIC=649.1) како најефикасен во предвидување на варијацијата во анксиозност кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст (Табела 28).

Од податоците се забележува дека за секое зголемување на интензитетот на депресијата кај родителите/ старателите, интензитетот на анксиозноста се зголемува за 0.6 пати ( $\beta=0.599$ ,  $p=0.000$ ). Родителскиот конфликт самостојно незначително придонесувал кон интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст ( $\beta=0.144$ ,  $p=0.056$ ).

**Табела 28.** Приказ на модел селекцијата на факторите на ризик за анксиозност кај родители/ старатели на деца на училишна возраст.

Модел	AIC
Пол на дете + Возраст на дете + Пол на родител + Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Работен однос + Ниво на образование	654.5
Пол на дете + Возраст на дете + Пол на родител + Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Ниво на образование	654
Возраст на дете + Пол на родител + Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Ниво на образование	652.4
Пол на родител + Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Ниво на образование	653.5

Возраст на родител + Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Ниво на образование	657.1
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете + Ниво на образование	652.3
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Дисфункционално родителство + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете	650.3
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Родителски конфликт + Анксиозност кај дете	650.3
Број на возрасни во домаќинството + Депресија кај родител + Родителски конфликт	650.3
Депресија кај родител + Родителски конфликт	649.1
Родителски конфликт	713.9

## 4.5 Ефективност на програмата во намалување анксиозност

### 4.5.1 Ефективност во намалување на анксиозност кај деца

Од вклучените родители/ старатели, 148 (51.4%) беа алоцирани во интервентната група (програмата за родителство) и 140 (48.6%) во контролната група (лекција за родителство). Статистички значајни разлики не беа забележани меѓу бројот на испитаници во интервентната и контролната група ( $\chi^2=0.222$ ,  $p=0.637$ ).

Табела 29-30 го прикажуваат интензитетот на анксиозноста пред и после учеството на родителите/ старателите на децата од двете возрасни категории во интервентната група. Од податоците се забележува намалување од 4.9 ( $\pm 1.7$ ) скор на анксиозноста со симптоми на депресија кај децата на предучилишна возраст, при споредба на просечните скорови пред ( $50.5 \pm 10.2$ ) и после ( $45.7 \pm 8.5$ ) нивното учество во интервентната група, каде 50% добиле скор 49.6, (IQR=40.9-58.3) пред учеството (Табела 29) и скор 45.2 (IQR=40.9-49.6) после учеството (Табела 30).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста кај децата на предучилишна возраст во интервентната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z=-3.683$ ,  $p=0.000$ ).

Намалување од  $6.5 (\pm 1.7)$  скор на анксиозност со симптоми на депресија кај децата на училишна возраст се забележува при споредба на просечниот скор пред ( $54.1 \pm 11.1$ ) и после ( $47.6 \pm 9.5$ ) учеството на родителите/ старателите во интервентната група, каде 50% добиле скор 53.5 (IQR=46.6-58.6) пред учеството (Табела 29) и скор 43.1 (IQR=39.7-50) после учеството во интервентната група (Табела 30).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај децата на училишна возраст во интервентната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z=-4.753$ ,  $p=0.000$ ).

Намалување од  $1.1 (\pm 0.3)$  скор на анксиозност со соматски симптоми кај децата на училишна возраст се забележува при споредба на просечниот скор пред ( $3.7 \pm 3.2$ ) и после ( $2.6 \pm 2.9$ ) учеството во интервентната група, каде 50% добиле скор 4 (IQR=2-6.5) пред учеството (Табела 29) и скор 1 после учеството (IQR=0-4) во интервентната група (Табела 30).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста со соматски симптоми кај децата на училишна возраст во интервентната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z=-5.092$ ,  $p=0.000$ ).

**Табела 29.** Приказ на интензитетот на анксиозноста пред учеството на родителите/ старателите на децата од двете возрасни категории во интервентната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>					
CBCL-AD	79	50.5	10.2	49.6	40.9-58.3
<i>6-9 години</i>					
CBCL-AD	69	54.1	11.1	53.5	46.6-58.6
CBCL-A	69	3.7	3.2	4	2-6.5

**Табела 30.** Приказ на интензитетот на анксиозноста после учеството на родителите/старателите на децата од двете возрасни категории во интервентната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>					
CBCL-AD	59	45.7	8.5	45.2	40.9-49.6
<i>6-9 години</i>					
CBCL-AD	61	47.6	9.5	43.1	39.7-50
CBCL-A	61	2.6	2.9	1	0-4

Табела 31-32 ги прикажуваат разликите во интензитетот на анксиозноста кај децата пред и после учеството во контролната група. Од податоците се забележува намалување од 7.9 ( $\pm 4.5$ ) скор при споредба на просечниот скор на анксиозност со симптоми на депресија кај децата на предучилишна возраст пред ( $50.7 \pm 12.1$ ) и после ( $42.8 \pm 7.6$ ) учеството на родителите/старателите, каде 50% добиле скор 49.6 пред учеството (IQR=40.9-58.3) (Табела 31) и скор 40.9 после учеството (IQR=36.5-45.2) во контролната група (Табела 32).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај децата на предучилишна возраст во контролната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z = -4.547$ ,  $p = 0.000$ ).

Намалување од 5.5 ( $\pm 1.7$ ) скор се забележува при споредба на просечниот скор на анксиозност со симптоми на депресија кај децата на училишна возраст пред ( $53.7 \pm 11$ ) и после ( $48.2 \pm 9.4$ ) учеството на родителите/старателите во контролната група, каде 50% добиле скор 53.5 (IQR=46.6-60.3) пред учеството (Табела 31) и скор 43.1 (IQR=39.7-53.5) после учеството во контролната група (Табела 32).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај децата на училишна возраст во контролната група е статистички значајно (Wilcoxon  $Z = -3.514$ ,  $p = 0.000$ ).

Намалување од 0.9 ( $\pm 0.3$ ) скор се забележува при споредба на просечниот скор на анксиозност со соматски симптоми кај децата на училишна возраст пред ( $3 \pm 2.2$ ) и после ( $2.1 \pm 1.9$ ) учеството на родителите/ старателите во контролната група, каде 50% добиле скор 4 (IQR=2.8-6) пред учеството (Табела 31) и скор 2 (IQR=0-3) после учеството во контролната група (Табела 32).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста со соматски симптоми кај децата на училишна возраст во контролната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z = -4.239$ ,  $p = 0.000$ ).

**Табела 31.** Приказ на интензитетот на анксиозноста пред учеството на децата во контролната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>					
CBCL-AD	74	50.7	12.1	49.6	40.9-58.3
<i>6-9 години</i>					
CBCL-AD	66	53.7	11	53.5	46.6-60.3
CBCL-A	66	3	2.2	4	2.8-6

**Табела 32.** Приказ на интензитетот на анксиозноста после учеството на децата во контролната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>					
CBCL-AD	47	42.8	7.6	40.9	36.5-45.2
<i>6-9 години</i>					
CBCL-AD	39	48.2	9.4	43.1	39.7-53.5
CBCL-A	39	2.1	1.9	2	0-3

График 31 ја прикажува разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во намалување на интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на предучилишна возраст. Контролирајќи за анксиозноста пред учеството во групите, резултатите од анализата на коваријанса укажуваат дека од просечниот скор во контролната група после учеството (42.8, 95% CI 40.8-44.8) се забележуваше намалување од 2.9 скор (95% CI 0.2-5.6) повеќе отколку после учеството во интервентната група (45.7, 95% CI 43.9-47.5) (График 31).

Разликата во просечните скорови на анксиозност со симптоми на депресија кај деца на предучилишна возраст после учеството во интервентната и контролната група се покажа како статистички значајна ( $F=4.597$ ,  $p=0.034$ ). Од големината на ефектот се забележува умерена разлика меѓу интервентната и контролната група ( $\text{Partial Eta}^2=0.043$ ).

**График 31.** Приказ на разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во однос на анксиозност со симптоми на депресија кај деца на предучилишна возраст.

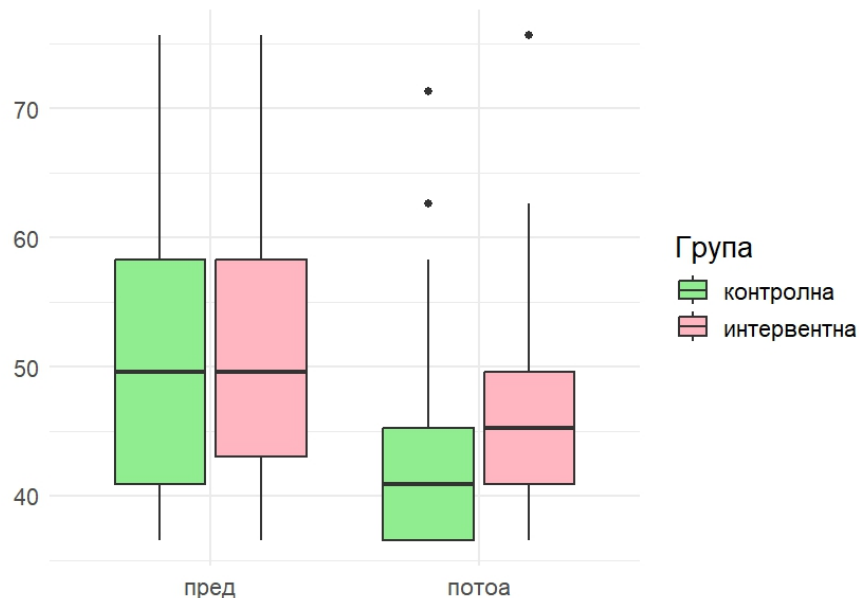


График 32 ја прикажува разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во намалување на интензитетот на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст. Контролирајќи за анксиозноста пред учеството во групите, резултатите од анализата на коваријанса укажуваат дека од просечниот скор во интервентната група после учеството (47.5, 95% CI 45.7-49.3) се забележуваше намалување од 0.9 скор (95% CI -3.7-1.9) повеќе отколку после учеството во контролната група (48.4, 95% CI 46.1-50.6) (График 32).

Разликата во просечните скорови на анксиозност со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст после учеството во интервентната и контролната група не се покажа како статистички значајна ( $F=0.380$ ,  $p=0.539$ ).

**График 32.** Приказ на разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во однос на анксиозноста со симптоми на депресија кај деца на училишна возраст.

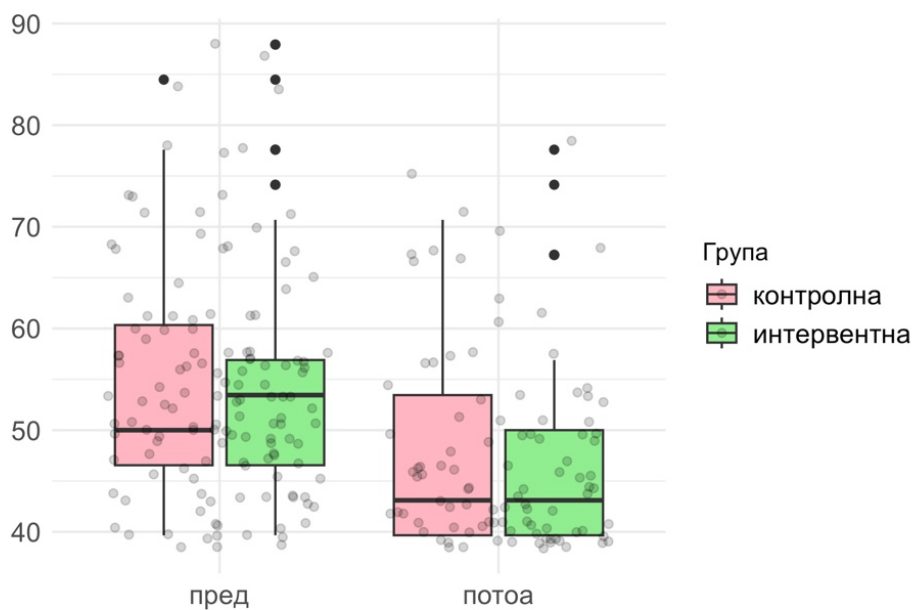
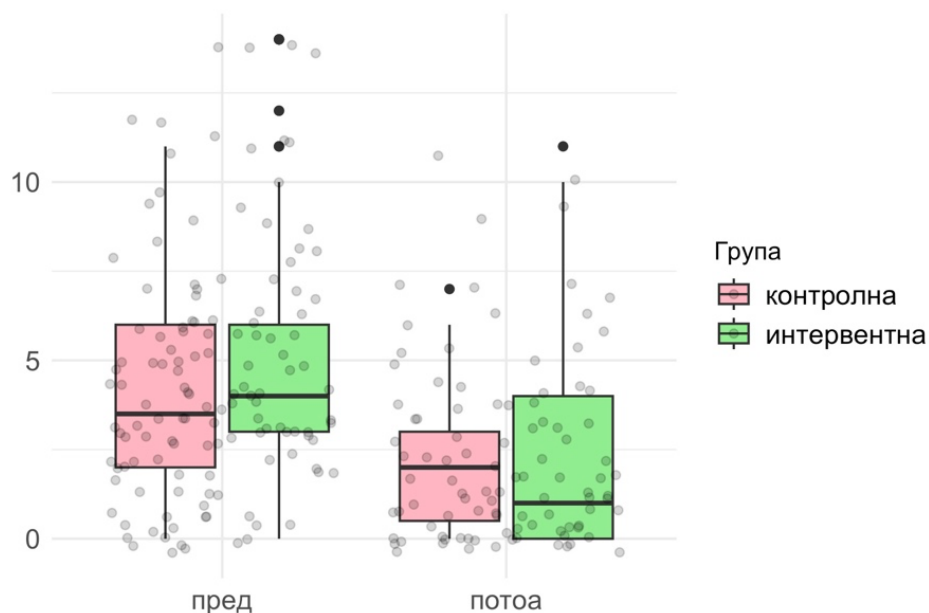


График 33 ја прикажува разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во намалување на интензитетот на анксиозноста со соматски симптоми кај деца на училишна возраст. Контролирајќи за анксиозноста пред учеството во групите, резултатите од анализата на коваријанса укажуваат дека од просечниот скор во контролната група после учеството (2.3, 95% CI 1.7-2.9) се забележуваше намалување од 0.2 скор (95% CI -0.9-0.6) повеќе отколку после учеството во интервентната група (2.5, 95% CI 2-2.9) (График 33).

Разликата во просечните скорови на анксиозност со соматски симптоми кај деца на училишна возраст после учеството во интервентната и контролната група не се покажа како статистички значајна ( $F=0.217$ ,  $p=0.643$ ).

**График 33.** Приказ на разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во однос на анксиозноста со соматски симптоми кај деца на училишна возраст.





#### 4.5.2 Ефективност во намалување на анксиозност кај родители

Табела 33-34 ги прикажуваат разликите во интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите пред и после учеството во интервентната група. Од податоците се забележува намалување од 2.3 ( $\pm 2$ ) скор во просечниот скор на анксиозност кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст пред ( $3.9 \pm 5.2$ ) и после ( $1.6 \pm 3.2$ ) учеството во интервентната група, каде 50% добиле скор 2 пред учеството (IQR=0-6) (Табела 33) и скор 0 после учеството (IQR=0-2) (Табела 34).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на децата на предучилишна возраст во интервентната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z = -3.303$ ,  $p = 0.001$ ).

Намалување од 3.9 ( $\pm 4.3$ ) скор се регистрира во просечниот скор на анксиозност кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст пред ( $5.2 \pm 7.1$ ) и после ( $1.3 \pm 2.7$ ) учеството во интервентната група, каде 50% добиле скор 2 пред учеството (IQR=0-8) (Табела 33) и скор 0 после учеството (IQR=0-2) (Табела 34).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на децата на училишна возраст во интервентната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z = -4.296$ ,  $p = 0.000$ ).

**Табела 33.** Приказ на интензитетот на анксиозноста пред учеството на родителите/ старателите во интервентната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>	79	3.9	5.2	2	0-6
<i>6-9 години</i>	69	5.2	7.1	2	0-8

**Табела 34.** Приказ на интензитетот на анксиозноста после учеството на родителите/старателите во интервентната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>	62	1.6	3.2	0	0-2
<i>6-9 години</i>	58	1.3	2.7	0	0-2

Табела 35-36 ги прикажуваат разликите во интензитетот на анксиозноста кај родителите/старателите пред и после учеството во контролната група. Од податоците се забележува намалување од 1.3 ( $\pm 1.7$ ) скор во просечниот скор на анксиозност кај родителите/старателите на деца на предучилишна возраст пред ( $4.1 \pm 5.9$ ) и после ( $2.8 \pm 4.2$ ) учеството во контролната група, каде 50% добиле скор 2 пред учеството (IQR=0-6) (Табела 35) и скор 0 после учеството (IQR=0-4) (Табела 36).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста кај родителите/старателите на децата на предучилишна возраст во контролната група не се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z = -1.731$ ,  $p = 0.083$ ).

Намалување од 2.9 ( $\pm 2.4$ ) скор се регистрира во просечниот скор на анксиозност кај родителите/старателите на деца на училишна возраст пред ( $5.2 \pm 6$ ) и после ( $2.3 \pm 3.3$ ) учеството во контролната група, каде 50% добиле скор 4 пред учеството (IQR=0-8) (Табела 35) и скор 2 после учеството (IQR=0-3) (Табела 36).

Намалувањето на интензитетот на анксиозноста кај родителите/старателите на децата на училишна возраст во контролната група се покажа како статистички значајно (Wilcoxon  $Z = -2.399$ ,  $p = 0.016$ ).

**Табела 35.** Приказ на интензитетот на анксиозноста пред учеството на родителите/старателите во контролната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>	74	4.1	5.9	2	0-6
<i>6-9 години</i>	66	5.2	6	4	0-8

**Табела 36.** Приказ на интензитетот на анксиозноста после учеството на родителите/старателите во контролната група.

	<i>Број</i>	<i>Просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	<i>Медијана</i>	<i>IQR</i>
<i>2-5 години</i>	49	2.8	4.2	0	0-4
<i>6-9 години</i>	37	2.3	3.3	2	0-3

График 34 ја прикажува разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во намалување на интензитетот на анксиозноста кај родителите/старателите на деца на предучилишна возраст. Контролирајќи за анксиозноста пред учеството во групите, резултатите од анализата на коваријанса укажуваат дека од просечниот скор во интервентната група после учеството (1.7, 95% CI 0.8-2.5) се забележуваше намалување од 1.1 скор (95% CI -0.2-2.4) повеќе отколку после учеството во контролната група (2.7, 95% CI 1.7-3.7) (График 34).

Разликата во просечните скорови на анксиозност кај родители/старатели на деца на предучилишна возраст после учеството во интервентната и контролната група не се покажа како статистички значајна ( $F=2.608$ ,  $p=0.109$ ).

**График 34.** Приказ на разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во однос на анксиозноста кај родители/ старатели на деца на предучилишна возраст.

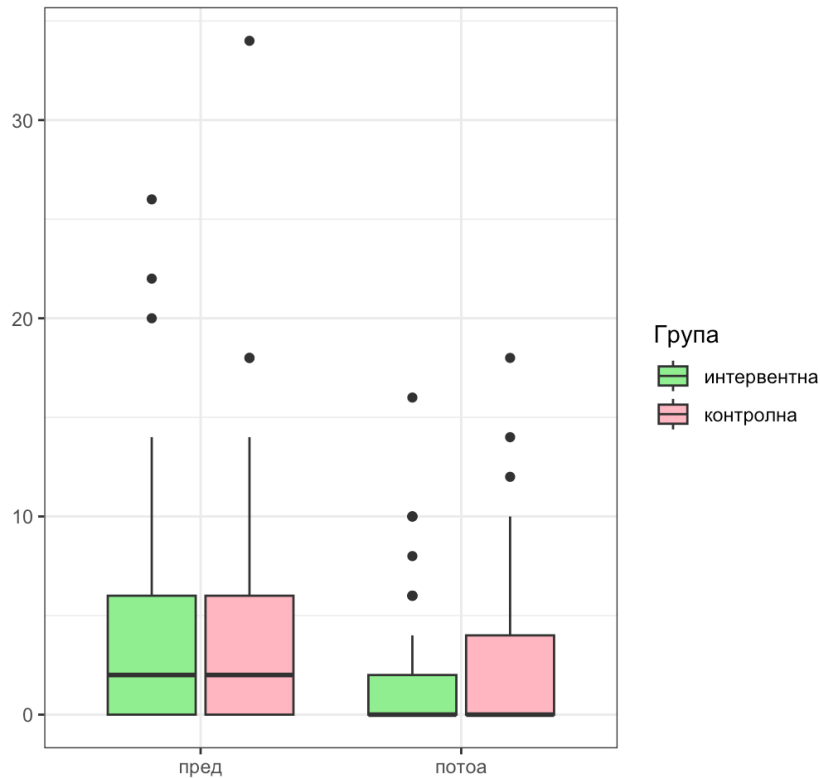
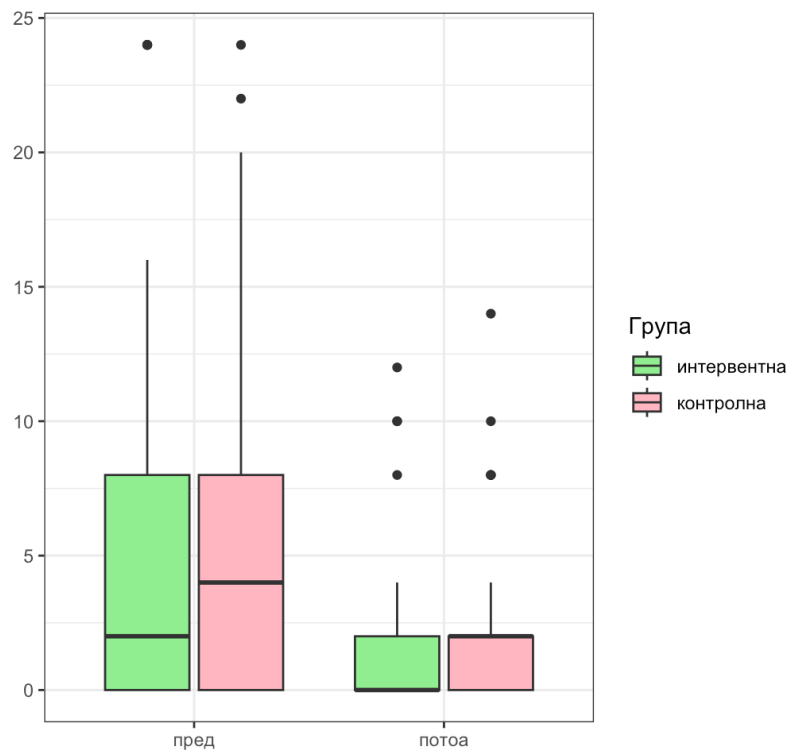


График 35 ја прикажува разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во намалување на интензитетот на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст. Контролирајќи за анксиозноста пред учеството во групите, резултатите од анализата на коваријанса укажуваат дека од просечниот скор во интервентната група после учеството (1.3, 95% CI 0.6-1.9) се забележуваше намалување од 1.2 скор (95% CI 0.1-2.2) повеќе отколку после учеството во контролната група (2.4, 95% CI 1.6-3.3) (График 35).

Разликата во просечните скорови на анксиозност кај родители/ старатели на деца на училишна возраст после учеството во интервентната и контролната група се покажа како

статистички значајна ( $F=4.561$ ,  $p=0.035$ ). Од големината на ефектот се забележува умерена разлика меѓу интервентната и контролната група ( $\text{Partial } \eta^2=0.047$ ).

**График 35.** Приказ на разликата во просечните скорови пред и после учеството во интервентната и контролната група во однос на анксиозноста кај родители/ старатели на деца на училишна возраст.



## 5. Дискусија

Докторскиот труд имаше за цел да ги истражи факторите од важност во превенцијата на анксиозноста кај деца и нивните родители/ старатели во Република Северна Македонија. Специфично, истражувањето целеше да ја одреди застапеноста на анксиозноста кај деца и нивните родители/ старатели, да ги идентификува доминантните факторите на ризик асоцирани со анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели, како и да ја тестира ефективноста на програма за родителски вештини во намалување на анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели.

Во исполнување на целите од истражувањето беше спроведена рандомизирана контролна студија, со податоци земени од родители/ старатели на деца на предучилишна и училишна возраст. Во однос на зададените цели се очекуваше: прво, дека застапеноста на анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели во Република Северна Македонија ќе биде повисока, во споредба со податоците од земјите со висок економски приход; второ, се очекуваше дека факторите на ризик од семејното ниво ќе бидат доминантните фактори на ризик на анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели; и трето, се очекуваше дека спроведената програма за родителски вештини ќе биде ефективна во намалување на симптоми на анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели.

Истражувањето ги понуди првите наоди за стапките на застапеност на анксиозност кај деца на предучилишна и училишна возраст во државата. Податоците покажаа дека анксиозноста кај деца и нивните родители/ старатели беше високо застапена кај нас. Во одредувањето на факторите на ризик, истражувањето го примени еколошкиот модел на ризик за подобро да ја разбере поврзаноста на индивидуалните, семејните и социјалните фактори на ризик со анксиозноста кај деца и нивните родители/ старатели. Со тоа, презентираниите модели обезбедија докази за важноста на факторите на ризик од семејното ниво на влијание, кои предвидуваат различни презентации на анксиозноста кај децата, додека во однос на родителите/ старателите беше забележана значајност и на индивидуалните фактори на ризик.

Покрај тоа, истражувањето за прв пат ја процени ефективноста на онлајн програма за родителски вештини во намалување на симптоми на анксиозност кај деца и нивните

родители/ старатели, во споредба со контролна група. Но, иако ефикасна во намалување на анксиозноста, спротивно на очекуваното и поставените хипотези, програмата за родителски вештини не покажа значително поголеми намалувања на симптомите на анксиозност кај децата во споредба со податоците од контролната група. Сепак, резултатите покажаа дека програмата за родителски вештини беше значително поефикасна од контролната група во намалување на симптомите на анксиозност кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст. Додека во однос на анксиозноста кај деца на предучилишна возраст, програмата за родителски вештини се покажа како помалку ефикасна во споредба со контролната група.

## **5.1 Застапеност на анксиозност**

Во однос на застапеноста, забележително е што во актуелното истражување се покажаа како апликации две манифестации на анксиозност кај деца на предучилишна и училишна возраст. Едната форма се состоеше од анксиозност со симптоми на депресија, додека другата вклучуваше анксиозност со соматски симптоми. Скалата која изолирано мереше симптоми на анксиозност, без да ги вклучува коморбидните депресивни и соматски симптоми, се покажа дека е со неприфатлива внатрешна конзистентност, со што не го опфати соодветно основниот конструкт. Овој податок ги потврдува укажувањата од литературата дека симптомите на анксиозност и депресија, како и анксиозните и соматски симптоми, се силно меѓусебно поврзани и може да ги дефинираат карактеристиките на анксиозноста во овој ран развоен период (21,29,31).

Земајќи ги во предвид достапните истражувања, се претпоставуваше дека стапките на застапеност на анксиозност кај деца ќе бидат повисоки во споредба со податоците достапни од земјите со висок економски приход. Хипотезата беше потврдена од наодите на истражувањето, со тоа што се покажа дека повеќе од 10% од децата на предучилишна возраст и повеќе од 15% од децата на училишна возраст во земјата имаа клинички значајни нивоа на анксиозност со симптоми на депресија. Дополнително, повеќе од 9% од децата на училишна возраст имаа клинички значајни нивоа на анксиозност со соматски симптоми.

За споредба, Форд и соработниците (Ford et al.; (123)) имаат спроведено голема популациска студија, користејќи изјави од родители/ старатели и наставници, во однос на менталното здравје од голем примерок (N=10438) на деца на возраст од 5-10 години во Обединетото Кралство. Нивните резултати покажале дека до 3.2% од децата исполнувале дијагностички критериуми за анксиозност. Ваквиот податок укажува дека стапката на застапеност на анксиозност кај деца на предучилишна и училишна возраст кај нас е трикратно повисока, во споредба со онаа во Обединетото Кралство. Но, достапните стапки на застапеност зависат и од различните методолошки пристапи во студиите и мерните инструменти кои се користат.

Неодамна светот се соочи со пандемијата со вирусот Ковид-19, што претставуваше искуство кое придонесе кон зголемување на нивоата на анксиозност кај младите. На пример, Панчал и соработниците (Panchal et al.; (124)) спровеле систематски преглед и мета-анализа на студии кои ја проценувале застапеноста и карактеристиките на симптомите на анксиозност кај децата и адолесцентите на глобално ниво. Просечната возраст на испитаниците од 74 анализирани студии била 13.4 години, каде 13% од децата и адолесцентите исполнувале дијагностички критериуми за анксиозност. Ова истражување покажува дека застапеноста на анксиозноста за време на пандемијата со вирусот Ковид-19 била двојно повисока од проценетата глобална застапеност на анксиозност од 6.5% кај млади во периодот пред пандемијата (125).

Сепак, треба да се земе во предвид дека во оваа мета-анализа се вклучени студии со деца на поголема возраст од оние во актуелното истражување, со што глобалната застапеност на анксиозност кај предучилишни и училишни деца сеуште не е целосно јасна. Високите стапки на застапеност кај младите во Република Северна Македонија, во споредба со земјите со висок економски приход, се потврдени и од националната студија за менталното здравје на адолесцентите и нивните старатели (94). Ваквите податоци укажуваат дека после пандемијата постоело зголемување на симптомите на анксиозност со возраста на младите, т.е. зголемување од периодот на детството до периодот на адолесценцијата, со забележливи разлики меѓу земјите со среден и висок економски приход. Забележливи разлики во однос на застапеноста на анксиозноста кај деца се воочливи и меѓу развојните периоди, каде во гореспоменатата национална студија се



регистрира двојно повисока стапка на застапеност на анксиозност кај адолесценти, во споредба со децата на предучилишна и училишна возраст од актуелното истражување.

Во однос на застапеноста на анксиозноста кај родителите/ старателите, резултатите покажаа дека повеќе од 44% од родителите/ старателите имале натпросечни нивоа на анксиозност, со висок процент на родители/ старатели кои изјавиле тешки до екстремно тешки симптоми на анксиозност (26%). Дополнително, речиси една половина (46%) од родителите/ старателите на училишни деца имале натпросечни нивоа на анксиозност. Во однос на стапките на застапеност на анксиозноста кај возрасната популација во Европа, Витчен и соработниците (Wittchen et al.; (126)) спровеле сеопфатна анализа за застапеноста на широк спектар на проблеми со менталното здравје во земјите членки на Европската Унија. Нивните резултати укажуваат дека најзастапен ментално здравствен проблем кај возрасните сепак била анксиозноста, со годишна стапка на застапеност од 14%. Но, литературата укажува на постоење на фрагментирани податоци за распространетоста на анксиозноста низ светот, кои се основаат на истражувања со аплицирани различни методолошки критериуми, што можеби резултира и со различни наоди (127).

Достапните истражувања од Југоисточна Европа укажуваат на повисока застапеност на анксиозност кај возрасни испитаници (15.6-41.8%), во споредба со државите со висок економски приход (88). Земајќи ги во предвид проценките за застапеноста на анксиозноста во овој регион и податоците од актуелното истражување, може да се увиди дека кај нас се бележи неколкукратно повисока застапеност на анксиозност кај родителите/ старателите, во споредба со глобалниот просек од 1.8-5.9% кај возрасни испитаници (7). Овој податок укажува на висока потреба за развивање на превентивни стратегии за младите родители/ старатели. Со овие податоци се потврдува и хипотезата од актуелното истражување за повисоката застапеност на анксиозноста кај родителите/ старателите кај нас, во споредба со земјите со висок економски приход.

Како и со податоците достапни за деца, од исклучително значење се и разликите во стапките на застапеност кај родителите/ старателите, кои се добиваат по искуството со пандемијата со вирусот Ковид-19. Во однос на тој период, истражувањата истакнуваат значително зголемување на застапеноста на анксиозноста кај општата популација во

Европа, достигнувајќи до 30.7% во овој дел од светот (128). Но, при разгледување на оваа тема, сепак треба да се земе во предвид малиот обем на истражувања, кои ја таргетираат застапеноста на анксиозноста токму кај родители/ старатели.

Од националната студија за менталното здравје на адолесцентите и нивните старатели, спроведена по искуството со пандемијата со Ковид-19 (94), може да се увиди дека натпросечните нивоа на анксиозност кај родителите/ старателите биле повисоки (6.1%) од оние од глобалниот просек, но изразено пониски во споредба со податоците добиени од актуелното истражување (44%). За споредба, друго локално истражување од докторска дисертација на слична тема, спроведено со примерок од 300 родители/ старатели на адолесценти во една општина, укажува дека 29% од родителите/ старателите имале натпросечни нивоа на анксиозност (129). Иако, овие две студии се насочени кон истата возрасна група на млади, очигледни се големи разлики во стапките на застапеност кои овие истражувања ги споделуваат. Заради тоа, потребно е да се насочи поголемо научно внимание кон менталното здравје на родителите/ старателите, за да може да се објаснат овие локални, но и глобални, разлики во стапките на застапеност на анксиозноста кај родителите/ старателите, особено кај младите родители/ старатели, како што се оние со деца на предучилишна или училишна возраст.

Разликите во стапките на анксиозност меѓу родителите/ старателите на деца од различна возраст може да се должат на неколку фактори. Со оглед на тоа што анксиозноста е многу чест проблем кај општата популација, литературата истакнува дека се очекува родителите/ старателите да доживуваат зголемени нивоа на анксиозност за време на преодните периоди во животот на нивното дете (130). На пример, Јирмија и соработниците (Yirmiya et al.; (131)) спровеле лонгитудинална студија да ги истражат двонасочните ефекти на симптомите на анксиозност помеѓу мајки и нивните деца, користејќи три временски инстанции: предучилишна возраст, училишна возраст и рана адолесцентна возраст. Резултатите ги потврдиле двонасочните асоцијации меѓу анксиозноста кај мајките и кај децата, каде анксиозноста кај децата од сите возрасти ја предвидела анксиозноста кај мајката во секоја следна инстанција. Во актуелното истражување сепак делумно се покажа ова двонасочно влијание, каде анксиозноста кај децата самостојно учествуваше со 10% како фактор на ризик за анксиозност кај

родителите/ старателите. Но, оваа релација не се истакна при анализа на доминантните фактори на ризик, кога се зема во предвид ефектот на повеќе фактори на ризик.

Понатаму, Маиреан и соработниците (Mairean et al.; (132)) ги истражувале ефектите на транзициските периоди во образованието на децата со просечна возраст од 10 години, врз развојот на анксиозноста кај нив и родителите/ старателите. Нивните резултати покажале дека анксиозноста кај децата била позитивно корелирана со периодот на училишната транзиција, но и анксиозноста кај родителите/ старателите исто така била позитивно корелирана со училишната транзиција на нивните деца. Земајќи ги во предвид горенаведените истражувања и податоците од актуелното истражување, каде децата на училишна возраст покажуваат повисок степен на анксиозност од оние на предучилишна возраст, претпоставката би била дека со тоа ќе расте и анксиозноста кај родителите/ старателите. Овој феномен исто така беше поддржан од актуелното истражување, но потребни се податоци од лонгитудинални студии кои би можеле да го потврдат ваквиот тренд.

Важно ограничување, кое треба да се земе во предвид во однос на достапните епидемиолошки студии на глобално ниво, се огромните разлики во пријавените стапки на застапеност на анксиозност на глобално ниво. Прегледот на литературата, спроведен од Картрајт-Хаттон и соработниците (Cartwright-Natton et al.; (3)), укажува дека неколку фактори е важно да се земат во предвид во разјаснувањето на овие разлики. Тука е особено важно да се земе во предвид дизајнот на студиите, дијагностичките критериуми кои се користат, стратегиите за собирање податоци и вклучувањето на стручни лица во проценката на оваа состојба. Овие методолошки елементи може да влијаат врз квалитетот на студиите, а со тоа и на репрезентативноста на податоците кои ги споделуваат. Важен елемент, заради кој со доза на резерва треба да се земат наодите од актуелното истражување, во однос на застапеноста на анксиозноста кај нас, е фактот дека испитаниците од актуелното истражување беа во главно родители/ старатели кои доброволно се пријавиле за учество и доминантно биле мајки од висок социоекономски статус.

## 5.2 Фактори на ризик

Докторската дисертација ги истражуваше доминантните фактори на ризик за анксиозност кај децата и нивните родители/ старатели. Според поставените хипотези се очекуваше дека доминантните фактори на ризик за анксиозност кај децата и родителите/ старателите потекнуваат од семејното ниво на влијание. Резултатите потврдија дека во однос на анксиозноста кај деца, доминантни фактори на ризик беа оние од семејното ниво. Со тоа се потврдува и хипотезата за доминантноста на семејните фактори на ризик за анксиозност кај деца. Од друга страна, резултатите покажаа дека индивидуалните и семејните фактори на ризик заедно играат значајна улога во предвидување на анксиозноста кај родителите/ старателите. Со тоа се отфрла хипотезата за доминантноста на семејните фактори на ризик за анксиозност кај родителите/ старателите.

Наодите покажаа дека анксиозноста кај деца на предучилишна возраст беше слабо до умерено корелирана со повеќе фактори на ризик, вклучително нивната возраст, бројот на деца во домаќинството, анксиозноста и депресивноста на родителот/ старателот, дисфункционалните родителски практики, како и изложеноста на родителски конфликт. Од измерените променливи, семејните фактори на ризик независно учествуваа со мал процент (2.8-9%) како фактори на ризик за анксиозност кај деца на предучилишна возраст. Во однос на анксиозноста кај деца на училишна возраст, статистички значајни позитивни и слаби корелации можеше да се забележат меѓу анксиозноста кај децата и присутноста на анксиозност и депресија кај родителот/ старателот, како и изложеноста на родителски конфликт. Семејните фактори на ризик повторно независно учествуваа со мал процент како фактори на ризик за анксиозноста со симптоми на депресија (10-13.2%) и за анксиозноста со соматски симптоми (6.7-7.5%) кај деца на училишна возраст. Овие податоци укажуваат дека е потребно разгледување и на повеќе фактори на ризик во понатамошни истражувања, кои би се покажале дека директно учествуваат како фактори на ризик во поголем процент.

Во однос на факторите на ризик за анксиозност кај родителите/ старателите, статистички значајни слаби до умерени корелации можеа да се забележат со присутноста на депресија кај родителот/ старателот, бројот на возрасни во домаќинството, дисфункционалните родителски практики, родителскиот конфликт и анксиозноста кај

детето. Од измерените променливи, семејните фактори на ризик независно учествуваа со 5.8-10% како фактори на ризик за анксиозност кај родители/ старатели на деца на предучилишна возраст и со 5-22.2% како фактори на ризик за анксиозноста кај родители/ старатели на деца на училишна возраст. Но, депресијата кај родителот/ старателот независно учествуваше со висок процент како фактор на ризик од индивидуално ниво за анксиозност кај родители/ старатели на деца на предучилишна (43.4%) и училишна возраст (57.8%).

Интересни резултати се добија при разгледување на доминантните фактори на ризик за анксиозност кај деца. Земањето во предвид на повеќе фактори на ризик и нивниот адитивен ефект покажа дека дисфункционалното родителство, родителскиот конфликт, како и анксиозноста и депресивноста кај родителите/ старателите се истакнаа како доминантни фактори на ризик за анксиозност кај деца. При разгледување на резултатите од двете возрасни групи може да се забележи дека бројот на деца во домаќинството се јавува како независен фактор на ризик само кај децата на предучилишна возраст. Но, според достапните студии делува дека оваа разлика не е целосно јасна. Одредени истражувања истакнуваат дека поголемиот број на деца и општо членови во домаќинствата преставува заштитен фактор за подобро ментално здравје кај децата (133). Заради тоа, од особена важност за идните истражувања е разгледувањето и на квалитетот на односите меѓу децата, т.е. браќата и сестрите во семејството, во разјаснување на поврзаноста на анксиозноста со составот на домаќинствата (134).

Слично, бројот на возрасни членови во домаќинството се покажа како фактор на ризик само за родителите/ старателите. Како и за бројот на деца во домаќинството, овие фактори на ризик од семејно ниво може да укажуваат на повеќеслојни влијанија, но присутноста на повеќе возрасни во домаќинството може да го истакнува и влијанието на различни родителски стилови низ повеќе генерации. На пример, пресечна студија спроведена од Масфети и соработниците (Masfety et al.; (135)) во шест држави во Европа ги истражувала асоцијациите меѓу родителските стилови во тригенерациски семејства со менталното здравје на децата. Студијата вклучила 4582 испитаници од семејства на деца на возраст од 6-12 години. Резултатите истакнале дека во домаќинствата со два родители/ старатели, од секоја земја на студијата, присуството на баба или дедо се покажало како

фактор на ризик за екстернализирачки и интернализирачки проблеми кај децата. Авторите предложуваат дека е потребно вклучување на членовите во домаќинствата на проширените семејство во родителските програми за да подобро ја поддржуваат и почитуваат улогата на родителите/ старателите во грижата за децата.

Слични истражувања спроведени во Република Северна Македонија, покажуваат дека изложеноста на насилство во домот, припадноста на женскиот пол и поголемата возраст на децата имаат негативни ефекти врз менталното здравје кај младите, особено по искуствата со пандемијата Ковид-19 (94). Родовите разлики во однос на анксиозноста претставуваат повеќекратно добиен исход од повеќе истражувања кај возрасната популација (47). Но, во актуелното истражување родовите разлики се прикажаа како фактори на ризик за анксиозноста само кај деца на училишна возраст, што повторно може да укажува на сложените механизми кои ја истакнуваат доминантноста на други фактори на ризик кога се зема во предвид нивниот адитивен ефект (136).

За споредба, како и во актуелното истражување, литературата укажува дека девојчињата искусуваат повисоки нивоа на анксиозност и поголеми тешкотии во регулирањето на нивните негативни емоции, отколку што тоа се среќава кај момчињата (137). Она што истражувањето додава е показателот дека полот станува фактор на ризик за анксиозност во подоцнежна возраст, т.е. од училишна возраст, и специфично за анксиозноста со симптоми на депресија. Достапните студии укажуваат дека потенцијален механизам кои ги објаснува родовите разлики на оваа возраст е социјализацијата, т.е. моделите по кои децата се воспитуваат во домот и училиштето. Преку овие модели се пропишуваат родово-специфични очекувања за изразување на анксиозноста и социјално прифатливите пристапи на справување со ваквите проблеми (138).

Факторот на ризик за анксиозност кај деца и кај родители/ старатели, кој континуирано се јавува во прикажаните модели, е изложеноста на родителски конфликт. Од националната судија за менталното здравје на адолесцентите и нивните старатели за време на пандемијата со Ковид-19 (94), исто така може да се забележи дека анксиозноста кај родителите/ старателите била тесно врзана со изложеноста на вербално насилство. Тоа може да укажува и на континуираното негативно влијание на меѓупартнерскиот конфликт, или другите форми на насилство во семејството, врз анксиозноста на децата во текот на

развојот, но и врз анксиозноста кај родителите/ старателите. Она што е специфично за актуелното истражување е намалувањето на директниот ефект на родителскиот конфликт врз анксиозноста кога се земаат во предвид и други фактори на ризик. Литературата истакнува дека родителскиот конфликт негативно се одразува на односите родител-дете, односите меѓу браќата и сестрите, социјалната приспособеност на децата, родителството и менталното здравје на децата и на родителите/ старателите (139,140). Родителскиот конфликт делува дека е сложен фактор на ризик за изучување, бидејќи може да е во интеракција со различни средински и семејни процеси поврзани со интензитетот на анксиозноста кај децата и нивните родители/ старатели.

Овој резултат укажува на можни индиректни ефекти на родителскиот конфликт врз анксиозноста, на интеракции со други фактори на ризик или пак истовремената појава на овие негативни однесувања во семејствата со други фактори на ризик (136), со што континуирано се истакнува неговата значајност за добросостојбата на децата. Различните влијанија на факторите на ризик е особено важно да се земат во предвид кога се експлорираат сложени појави, како што се семејните и интерперсоналните односи. Од резултатите се потврдува дека овие фактори на ризик се силно меѓусебно поврзани, со што се истакнува потребата да понатамошно се истражуваат не само нивните независни ефекти, туку и различните начини на кои тие се поврзани и влијаат на анксиозноста кај децата (141).

Достапните локални истражувања укажуваат на голема веројатност за семејствата кај нас да бидат изложени на насилство, семејни конфликти и социоекономски неповолности, што веројатно придонесува кон зголемен ризик и за развој на анксиозност кај децата и родителите/ старателите (95). Слично како и во актуелното истражување, извештајот на Петрески и соработниците (142) покажува дека факторите на ризик во однос на менталното здравје значително се зголемуваат со возраста на децата, изложеноста на насилство и семејната дисфункционалност. Во вакви неповолни услови, децата и родителите/ старателите може да бидат изложени на негативна семејна клима, која се карактеризира со ниски нивоа на топлина и неефективни родителски пристапи (49). Ваквата семејна клима може да ја зголеми ранливоста кај децата, да ја наруши нивната емоционална сигурност и да ги зајакне маладаптивните стратегии на справување при

соочување со предизвици. Литературата укажува и дека овие фактори придонесуваат кон повисок степен на одбегнувачко однесување, повеќегодишна инхибираност и развој на анксиозност, кои имаат негативни ефекти во текот на целиот живот (64).

Резултатите се исто така конзистентни со достапната литература која укажува дека децата на родители/ старатели со присутна анксиозност и депресија се изложени на поголем ризик и самите да развијат анксиозност. На пример, Елеј и соработниците (Eley et al.; (51)) спровеле студија со 385 еднојајчани и 486 двојајчани близнаци на рана адолесцентна возраст, во истражување на преносот на анксиозноста меѓу родителите/ старателите и нивните деца. Резултатите укажале дека анксиозноста кај децата и родителите/ старателите во голема мера се должи на асоцијации, кои се независни од генетските фактори.

Ваквата директна трансмисија е во согласност со развојните теории за анксиозност, кои сугерираат дека децата го учат анксиозно однесување од нивните родители/ старатели (143). Според ова, децата може да ја моделираат и усвојуваат негативната афективност на нивните родители/ старатели, кои имаат проблем со анксиозност или депресивност. Доколку исклучиво се дискутира поврзаноста меѓу анксиозноста и депресивноста кај родителите/ старателите, истражувањата истакнуваат дека депресијата и анксиозноста претставуваат фактори на ризик со меѓусебно влијание и се предвидуваат едни со други, каде сепак симптомите на анксиозност посилно ги предвидуваат депресивните симптоми отколку обратно (144).

Сложената врска меѓу семејните фактори на ризик и анксиозноста кај деца е истакната и во други студии. На пример, Јап и Јорм (Yap & Jorm; (145)) спровеле мета-анализа од 141 труд со деца на 5-11 годишна возраст. Нивните резултати истакнале дека присуството на родителски конфликт и дисфункционалните родителски практики биле родителски фактори кои се значително асоцирани со анксиозноста кај деца. Од неповолните родителски практики, авторите ги наведуваат прекумерната вклученост и недостатокот на топлина, кои исто така се поврзани со симптоми на анксиозност и депресивност кај родителите/ старателите.



Слично, Фридман и соработниците (Friedman et al.; (146)) спровеле студија со 105 мајки во одредување на поврзаноста помеѓу родителската анксиозност, родителските перцепции за детската анксиозност, родителските ставови за анксиозноста на нивното дете. Нивните резултати покажале дека анксиозноста на родителите/ старателите и децата била директно асоцирана со практикување на дисфункционален родителски стил, а индиректно поврзана преку негативните родителски ставови, кои родителите/ старателите ги имале за анксиозноста на детето и неговата способност за справување.

Актуелното истражување покажа дека индивидуалните и семејните фактори на ризик играат сложена и меѓусебно поврзана улога врз анксиозноста во текот на животот. Семејните фактори на ризик се доминантни во однос на интензитетот на анксиозноста кај деца, но овие резултати се разликуваат кога се е во прашање анксиозноста кај родителите/ старателите. Делува дека сеуште нејасните специфични интеракции меѓу индивидуалните и семејните фактори на ризик варираат во зависност од развојните фази и присуството на други животни искуства. Семејната динамика, партнерските односи, односите родител-дете и родителскиот стил продолжуваат да играат значајна улога во развојот на анксиозноста кај децата и родителите/ старателите, често дејствувајќи индиректно или пак на друг начин влијаејќи врз ефектите на други фактори на ризик. Идните истражувања е потребно да се насочат кон разјаснување на специфичните механизми кои ги поврзуваат индивидуалните и семејните фактори на ризик со анксиозноста кај деца и родители/ старатели.

### **5.3 Ефективност на програма за родителски вештини**

Како последна цел, докторската дисертација ја проценуваше ефективноста на онлајн програма за родителски вештини во намалување на симптомите на анксиозност кај деца и нивните родители/ старатели. Во однос на тоа, се очекуваше дека програмата за родителски вештини (интервентна група) ќе биде значително поефикасна од контролната група во намалување на симптомите на анксиозност. Резултатите потврдија дека програмата за родителски вештини беше значително поефикасна од контролната група во намалување на анксиозноста кај родители/ старатели, но не ја потврдија нејзината ефикасност кај децата. Со тоа се отфрла хипотезата според која програмата за родителски

вештини е значително поефикасна од контролната група во намалување на симптомите на анксиозност кај деца.

При споредба на резултатите пред и после учеството на родителите/ старателите во интервентната група, се покажа дека постоеше статистички значајно намалување на анксиозноста со симптоми на депресија кај децата на предучилишна и училишна возраст. Исто така, резултатите покажаа и статистички значајно намалување на анксиозноста со соматски симптоми во интервентната група кај децата на училишна возраст. Но, податоците земени пред и после учеството на родителите/ старателите во контролната група исто така укажаа на постоење на статистички значајно намалување на анксиозноста со депресивни и со соматски симптоми кај децата. Дополнително, при споредба на резултатите од интервентната и контролната група, се покажа дека не постоеја статистички значајни разлики меѓу двете групи во намалување на анксиозноста со депресивни и со соматски симптоми кај деца на училишна возраст. Но, спротивно на очекуваното, контролната група се покажа како значајно поефикасна од интервентната група во намалување на анксиозноста кај деца на предучилишна возраст. Овие наоди укажуваат дека програмата за родителски вештини се покажа како ефикасна, но не и ефективна, во намалување на анксиозноста кај деца.

Во однос на родителите/ старателите, резултатите добиени пред и после учеството во интервентната група покажаа дека постоеше статистички значајно намалување на анксиозноста кај родители/ старатели на деца на предучилишна и училишна возраст. Од друга страна, податоците покажаа дека постоеше и статистички значајно намалување на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст во контролната група. При споредба на интервентната и контролната група, резултатите покажаа дека програмата за родителски вештини беше статистички значајно поефикасна од контролната група во намалување на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст со умерен ефект. Но, ваква значајна разлика меѓу групите не беше забележана за родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст.

Овие наоди укажуваат дека програмата за родителски вештини се покажа како ефикасна во намалување на анксиозноста кај родители/ старатели, но и како ефективна во намалување на анксиозноста кај родителите/ старателите на деца на училишна возраст.

Сепак, спротивно на очекуваното, разликата помеѓу интервентната и контролната група во намалување на симптомите на анксиозност кај родителите/ старателите на деца на предучилишна возраст, не беше доволно голема за да се смета за статистички значајна.

Иако наодите додаваат на доказите за ефикасноста на онлајн програмите за родителство (83,147), актуелното истражување не успеа да ја долови нивната ефективност за разлика од некои слични истражувања. На пример, Морган и соработниците (Morgan et al.; (148)) спровеле рандомизирана контролна студија со родители/ старатели на деца на возраст од 3-6 години во евалуација на ефективноста на онлајн програма за родителство во намалување на анксиозни симптоми. Нивните резултати покажале дека програмата за родителство имала значително поголеми намалувања во симптомите во споредба со контролна група, со мал до умерен ефект. Слично, Сандерс и соработниците (Sanders et al.; (149)) спровеле студија со родители/ старатели на деца на возраст од 2-9 години со проблеми во однесувањето, во евалуација на ефективноста на онлајн програма за позитивно родителство. Резултатите покажале значителни подобрувања во програмата за емоционалните симптоми на децата во споредба со контролна група.

За споредба, Сандлер и соработниците (Sandler et al.; (150)) имаат спроведено преглед на 46 рандомизирани експериментални студии во однос на ефективноста на превентивните родителски програми. Авторите го оспоруваат правењето заклучоци во врска со причинско-последичните врски помеѓу родителството и добросостојбата на децата, кои се засноваат на корелациски студии. Тие предложуваат примена на рандомизирани контролни студии, како начин да се контролира за ефектите на родителството во однос на други причинители. Следствено, нивната мета-анализа покажала дека универзалните програми за родителство, преку нивното активно вклучување на родителите/ старателите во унапредување на добросостојбата на децата, иницираат промени во однесувањето на родителите/ старателите и имаат потенцијал да доведат до намалување на емоционалните проблеми кај децата. Актуелното истражување презентира мешани резултати во врска со ефективноста на програмата за родителство, според кое сеуште не се јасни механизмите на родителството и семејните искуства врз анксиозноста кај помали деца. Сепак, со оглед на централната улога што родителите/ старателите ја имаат во развојот на нивните деца, наодите ги нагласуваат придобивките од

зголемувањето на вклученоста на родителите/ старателите во програми кои го претставуваат и промовираат позитивното родителство во превенирањето на анксиозноста кај децата.

Во објаснување на актуелните наоди, студијата на Каздин (Kazdin; (151)) истакнува дека постојат ограничувања за носење причинско-последичните заклучоци што може да се извлечат врз основа на податоците од рандомизираните контролни студии. Примарниот фокус на рандомизираните контролни студии е да се проценат ефектите од одредена програма. Но, ваквиот фокус може да имплицира дека примарниот причинител за промена е самата програма, без да се земат во предвид бројни фактори, кои самостојно или во комбинација со програмата може да бидат каузално поврзани со исходот. Авторот истакнува дека одредени клучни аспекти треба да се вклучат и проценат во рандомизираните контролни студии на психолошки теми, вклучително одредување на модераторите, медијаторите, механизмите на промена, карактеристиките на учесниците и улогата на терапевтскиот сојуз врз исходот. Со тоа, веројатно е дека резултатите би можеле делумно да се разјаснат во понатамошни истражувања кои би ги зеле овие аспекти во предвид.

Понатаму, еден клучен елемент кој потенцијално игра важна улога во резултатите од актуелното истражување, но не беше во фокус, е чувството на самоефикасност кај родителите/ старателите и до кој степен било тоа поттикнато од самата програма. Истражувањата истакнуваат дека повисокото чувство на родителска самоефикасност може да ги наведува родителите/ старателите да бидат поупорни во користењето на стекнатите родителски вештини, кои се поврзани со посакуваните исходи. На тој начин, повисоките нивоа на родителска самоефикасност се асоцираат со употреба на поефикасни родителски стилови, како и подобро ментално здравје кај децата и родителите/ старателите (152). На пример, Аминаји и соработниците (Aminayi et al.; (153)) спровеле компаративна студија со 110 мајки и нивните деца на возраст од 7-12 години во истражување на родителската самоефикасност кај мајки на деца со и без анксиозност. Нивните резултати истакнуваат дека мајките на анксиозните деца покажале значително пониски нивоа на самоефикасност во однос на нивните деца, што укажува дека анксиозноста кај децата може да е силно

поврзана со овој родителски фактор. Ваквата асоцијација особено се има истакнато меѓу децата и родителите/ старателите по искуството со пандемијата со Ковид-19 (154).

Исто така, литературата истакнува дека родителските програми може да придонесат и кон намалување на бариерите за ефективно родителство, како подобрување на менталното здравје на родителите/ старателите, што се покажа и во актуелното истражување. На пример, Хавинга и соработниците (Havinga et al.; (155)) спровеле мета-анализа во одредување на карактеристиките и ефикасноста на превентивните родителски програми за деца на родители/ старатели со анксиозност и депресија. Нивните резултати покажале дека превентивните програми за деца на родители/ старатели со анксиозност или депресија го намалуваат ризикот кај децата од развој на интернализирачки проблеми. Истражувањата укажуваат дека ефектот кој овие програми го имаат врз менталното здравје на родителите/ старателите им овозможува да ги имплементираат и одржуваат вештините што ги стекнале (151). Веројатно, во актуелното истражување има потреба од повеќе време за согледување на ефектите на интерактивните и двонасочни процеси вклучени во односот родител-дете (156).

Сепак, ефективностa на програмите за родителство може да варира врз основа на сериозноста на клиничките проблеми на децата. Додека програмите за родителство се генерално ефективни, децата со коморбидни проблеми со менталното здравје може да имаат помала корист од овие програми ако основните фактори кои придонесуваат за нивните проблеми со менталното здравје не се соодветно адресирани. На пример, Лејџтен и соработниците (Leijten et al.; (157)) спровеле преглед на 13 студии кои тестираат програма за родителски вештини во одредување на најефективните елементи од содржината на програмите за родителство за деца со различен степен на проблеми во емоциите и однесувањето. Авторите укажуваат дека ефективностa на програмите за родителство би можела да биде ограничена во справување со деца со коморбидни проблеми, бидејќи овие програми можеби не се приспособени да се справат со повеќе симптоми кои се јавуваат истовремено. Истражувањата, исто така, покажуваат дека ефектите од програмите за родителски вештини се поголеми за семејствата со високи нивоа на семејни проблеми или проблеми со однесувањето на детето, отколку за семејствата со низок степен на вакви проблеми (158). Овие наоди укажуваат дека од

значење е и влијанието на степенот на проблемите кај децата и родителите/ старателите врз резултатите од актуелното истражување, земајќи во предвид дека испитаниците беа регрутиран од општата популација и не претставуваа испитаници од клиничка популација.

Исто така, актуелното истражување вклучуваше активна контролна состојба, наместо да ги алоцира учесниците во листа на чекање, што потенцијално имаше влијание и на добиените резултати. Споредбено, Јап и соработниците (Yap et al.; (156)) спровеле мета-анализа од рандомизирани контролни студии во одредување на ефективност на превентивните програми, кои директно ги таргетираат родителите/ старателите во намалување на интернализирачки проблеми кај деца и адолесценти. Интересен елемент од оваа мета-анализа е што прикажува резултати за различни карактеристики од вклучените студии, меѓу кои и типот на контролна група која е користен. Авторите истакнуваат дека исклучително мал број на студии користат активна контролна група, која нуди алтернативна активност за учесниците, наместо отсуство на родителски ангажман. Од нивните резултати може да се увиди дека иако родителските програми се прикажале како ефективни во намалување на анксиозни симптоми, малиот број на студии со активна контролна група не укажале на постоење на статистички значајни разлики. Заради тоа, авторите препорачуваат идните истражувања да вклучуваат активна контролна група во нивниот дизајн за реалистично да се воочи ефективност на превентивните програми за родителство.

Актуелното истражување со вклучувањето на активна контролна група се надоврзува на заклучоците од горенаведената мета-анализа. Дотолку повеќе што контролната група тука се покажа како значително поефикасна од програмата за родителство. Од достапната литература се дознава дека родителите/ старателите кои учествуваат во програми за родителство може првично да се чувствуваат преоптоварени од учење и спроведување на нови стратегии за родителство (159). Овој почетен стрес за родителите/ старателите може привремено и негативно да се одрази на анксиозноста на детето. Ова ообено може да е случајот за младите родители/ старатели, кои за прв пат се соочуваат со родителските предизвици и во актуелното истражување покажуваат висок степен на анксиозни симптоми.

Наодите од актуелното истражување треба да се толкуваат и со одредени ограничувања. Повеќето податоци се собрани од еден родител/ старател, претежно мајката, со ограничено вклучување на таткото. Голем дел од родителите/ старателите исто така беа од висок социоекономски статус и беа мотивирани за учество во истражувањето. Овој аспект од регрутацијата може да не ги одразува соодветно мотивациските и контекстуални фактори, кои можеби ги доживуваат другите семејства во државата. Идните истражувања би можеле да вклучат и други дополнителни фактори на ризик, кои потенцијално би ги подобриле и подобро објасниле процесите вклучени во развојот и одржувањето на анксиозноста кај деца и нивните родители/ старатели. На пример, идни истражувања би можело да ги вклучат односите со врсниците и наставниците, интеракциите со другите членови на семејството, темпераменталните и биолошките фактори, како и проценката на нивните медијаторски и модераторски ефекти врз анксиозноста (74).

Земајќи го специфичниот метод на спроведување на програмата за родителски вештини, идните истражувања може да се фокусираат и на одредување на најефикасните компоненти од онлајн програмите за родителство (160). Бидејќи онлајн програмите можеби не одговараат на секое семејство, имајќи ги предвид ограничениот пристап и услови, идните истражувања може да се насочат кон одредување на уникатните семејни карактеристики кои влијаат врз резултатите од програмите за превенција. Покрај тоа, од суштинско значење се директните споредби помеѓу програмите за родителство спроведени онлајн и оние спроведени со непосреден контакт. На овој начин би да се поткрепат заклучоците за тоа дали онлајн програмите за родителство даваат споредливи ефекти врз анксиозноста кај децата и родителите/ старателите, во споредба со програмите спроведени со непосреден контакт.

Во однос на ефективноста на програмата за родителство, истражувањето понуди поткрепа за вложување во програмите за родителство и понатаможно јакнење на нивната достапност и ефективност. Успешната испорака преку различни методи на спроведување, вклучувајќи онлајн платформи, групни сесии или инкорпорирање на психоедукативен материјали, сугерира висок степен на приспособливост на програмите за родителство. Оваа флексибилност може да биде клучна за да се дојде до поширок опсег на семејства, кои би имале желба да стекнат вештини базирани на докази со потенцијал позитивно да се

одразат на нивното ментално здравје и самоефикасност како родители/ старатели. Со овие податоци, истражувањето го отвора патот за поинклузивен и поскалабилен пристап во нудењето поддршка за младите родители/ старатели.



## 6. Заклучок

Во изминатата деценија се забележува зголемен истражувачки интерес за развој на превентивни активности поврзани со менталното здравје и специфично анксиозноста. Во голем дел тоа се должи на зголеменото препознавање на товарот и импликациите кои овој проблем ги има врз поединците, семејствата и општеството. Обработената литература ја нагласува ургентната потреба од идентификување на влијателните елементи и развојот на ефективни превентивни стратегии за ублажување на оптоварувањето од анксиозноста на здравствените и социјални системи. Земајќи ги во предвид досегашните достигнувања во полето, докторската дисертација имаше за цел да ги истражи факторите од важност во превенцијата на анксиозноста кај децата и нивните родители/ старатели во Република Северна Македонија.

Истражувањето ги одреди стапките на застапеност и факторите на ризик за анксиозност кај деца на предучилишна и училишна возраст, како и нивните родители/ старатели во локалниот контекст. Наодите покажаа дека различни презентации на анксиозноста кај децата беа присутни од 9.6% до 15.6%, каде анксиозноста со симптоми на депресија беше најзастапената презентација на анксиозност кај деца. Покрај тоа, се покажа дека особено висок процент (44.7%) од родителите/ старателите изјавија натпросечни нивоа на анксиозност, што укажува на потреба за зголемено научно внимание во развојот на превентивни активности насочени кон младите родители/ старатели.

Истражувањето, исто така, ја истакна важноста на семејните фактори на ризик, особено кога е во прашање анксиозноста кај децата на предучилишна и училишна возраст. Поточно, изложеноста на дисфункционални родителски практики, родителски конфликт и родителска анксиозност и депресија се покажаа како доминантни фактори на ризик за анксиозноста кај деца. Од друга страна, депресивноста на родителите/ старателите, бројот на возрасни членови во домаќинството и изложеноста на родителски конфликт се покажаа како доминантни фактори на ризик за анксиозноста кај родителите/ старателите. Ваквите резултати ја истакнаа сложеноста и меѓуповрзаноста на факторите на ризик, кои значително придонесуваат кон интензитетот на анксиозноста кај децата и нивните родители/ старатели.

На крај, истражувањето прикажа дека програмата за родителски вештини придонесе кон значително намалување на симптомите на анксиозност кај децата и родителите/ старателите. Но, при споредба на резултатите со контролна група, предноста на програмата за родителски вештини се одржаа само за родителите/ старателите на деца на училишна возраст. Овој резултат укажува на потреба за проширување на идните истражувања кон егзаминација на поврзаноста на анксиозноста со дополнителни контекстуални, биолошки и темпераментални фактори, нивните модерирачки и медијаторски ефекти и спроведување на висококвалитетни студии, со цел подобро да се разберат механизмите вклучени во развојот и превенцијата на анксиозноста кај децата и нивните родители/ старатели.

Застапеноста на анксиозноста, нејзините фактори на ризик, како и потенцијалот на програмите за превенција со фокус на родителските вештини, може да ја фацилитираат идентификацијата на деца и родители/ старатели под ризик, да ја градат отпорноста на семејствата, да го превенираат развојот на анксиозност кај деца и родители/ старатели, како и да го подобрат строго ограничениот пристап до превентивни програми за родителски вештини. Податоците може исто така да придонесат кон развој на мерки, политики, како и акциски и стратешки планови од значење за јавното здравје и детската заштита. Дополнително, податоците може да го информираат развојот на активности за промоција на позитивните родителски практики, како и за понатамошен развој и спроведување на програми базирани на докази во превенцијата на честите ментално здравствени проблеми кај деца и родители/ старатели во Република Северна Македонија.

Наодите од докторската дисертација може да придонесат кон подобро разбирање на состојбата и сложените процеси вклучени во одржувањето и интензивирањето на овој чест ментално здравствен проблем со ран зачеток кај општата популација, особено при фокус на ранлива група како што се децата на предучилишна и училишна возраст и младите родители/ старатели. Со тоа, резултатите од оваа докторска дисертација може да понудат информации од значење за практичари во полето на јавното здравје, менталното здравје, социјалната заштита, како и насоки за понатамошна научно-истражувачка работа.

## 7. Користена литература

1. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychol*. 2000 Nov;55(11):1247–63.
2. Arnold P, Banerjee SP, Bhandari R, Ivey J, Rose M, Rosenberg DR. Childhood anxiety disorders and developmental issues in anxiety. *Curr Psychiatry Rep*. 2003 Jul;5(4):252–65.
3. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*. 2006 Nov;26(7):817–33.
4. LoParo D, Fonseca AC, Matos APM, Craighead WE. Anxiety and Depression from Childhood to Young Adulthood: Trajectories and Risk Factors. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2024 Feb;55(1):127–36.
5. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Sep;32(3):483–524.
7. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. 2013 May;43(5):897–910.
8. Jacob K, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari J, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*. 2007 Sep;370(9592):1061–77.
9. Chorpita BF, Southam-Gerow, MA. Fears and Anxieties. In: *Treatment of childhood disorders*. 3rd ed. The Guilford Press; 2006. p. 271–335.
10. Abend R. Understanding anxiety symptoms as aberrant defensive responding along the threat imminence continuum. *Neurosci Biobehav Rev*. 2023 Sep;152:105305.
11. Langlois F, Freeston MH, Ladouceur R. Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behav Res Ther*. 2000 Feb;38(2):157–73.
12. Muris P, Roelofs J, Meesters C, Boomsma P. Rumination and Worry in Nonclinical Adolescents. *Cogn Ther Res*. 2004 Aug;28(4):539–54.

13. Foa EB, Kozak MJ. Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behav Ther.* 1998;29(4):675–90.
14. Allen JL, Lavalley KL, Herren C, Ruhe K, Schneider S. DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: Informant, age, and sex differences. *J Anxiety Disord.* 2010 Dec;24(8):946–52.
15. Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. Somatic Symptoms in Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Oct;45(10):1179–87.
16. Jones B, Frydenberg E. Anxiety in Children — The Importance of the Anxiety Sensitivity Factor. *Aust J Guid Couns.* 2003 Dec;13(2):145–58.
17. Chiu A, Falk A, Walkup JT. Anxiety Disorders Among Children and Adolescents. *FOCUS.* 2016 Jan;14(1):26–33.
18. Beidel DC, Turner SM. Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders (2nd ed.). [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2007 [cited 2024 Feb 19]. Available from: <http://content.apa.org/books/11533-000>
19. Negreiros J, Miller LD. The role of parenting in childhood anxiety: Etiological factors and treatment implications. *Clin Psychol Sci Pract.* 2014 Mar;21(1):3–17.
20. Bolton D, Eley TC, O’Connor TG, Perrin S, Rabe-Hesketh S, Rijdsdijk F, et al. Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychol Med.* 2006 Mar;36(3):335–44.
21. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010 Jan 1;125(1):75–81.
22. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2007 May;50(5–6):871–8.
23. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009 Apr 1;5(1):311–41.
24. Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM. Cognitive–behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(1):135–41.

25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2024 Feb 19]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
26. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems [Internet]. 11th ed. World Health Organization; 2021. Available from: <https://icd.who.int>
27. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull.* 2014 May;140(3):816–45.
28. Kendall PC, Compton SN, Walkup JT, Birmaher B, Albano AM, Sherrill J, et al. Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *J Anxiety Disord.* 2010 Apr;24(3):360–5.
29. McElroy E, Fearon P, Belsky J, Fonagy P, Patalay P. Networks of Depression and Anxiety Symptoms Across Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018 Dec;57(12):964–73.
30. Muris P, Vermeer E, Horselenberg R. Cognitive development and the interpretation of anxiety-related physical symptoms in 4–13-year-old non-clinical children. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008 Mar;39(1):73–86.
31. Crawley SA, Caporino NE, Birmaher B, Ginsburg G, Piacentini J, Albano AM, et al. Somatic Complaints in Anxious Youth. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2014 Aug;45(4):398–407.
32. Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2004 May;109(5):325–31.
33. Haller H, Cramer H, Lauche R, Gass F, Dobos GJ. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2014 Dec;14(1):128.
34. Bosman RC, Ten Have M, De Graaf R, Muntingh AD, Van Balkom AJ, Batelaan NM. Prevalence and course of subthreshold anxiety disorder in the general population: A three-year follow-up study. *J Affect Disord.* 2019 Mar;247:105–13.
35. Mejia A, Calam R, Sanders MR. A Review of Parenting Programs in Developing Countries: Opportunities and Challenges for Preventing Emotional and Behavioral Difficulties in Children. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2012 Jun;15(2):163–75.
36. Spence SH, Najman JM, Bor W, O’Callaghan MJ, Williams GM. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of

- anxiety and depressive symptoms in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 May;43(4):457–69.
37. Halpern R, Figueiras ACM. Environmental influences on child mental health. *J Pediatr (Rio J)*. 2004 Apr;80(2):104–10.
  38. Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychol Rev*. 1994;101(4):568–86.
  39. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996. 330 p.
  40. Garbarino, J, Ganzel, B. The human ecology of early risk. In: *Handbook of Early Childhood Interventions*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 2000. p. 76–93.
  41. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol*. 1998 Feb;53(2):221–41.
  42. D’Andrea W, Graham-Berman S. Social Context and Violence Exposure as Predictors of Internalizing Symptoms in Mothers and Children Exposed to Intimate Partner Violence. *J Fam Violence*. 2017 Feb;32(2):145–55.
  43. Mian ND, Wainwright L, Briggs-Gowan MJ, Carter AS. An Ecological Risk Model for Early Childhood Anxiety: The Importance of Early Child Symptoms and Temperament. *J Abnorm Child Psychol*. 2011 May;39(4):501–12.
  44. Larson K, Russ SA, Crall JJ, Halfon N. Influence of Multiple Social Risks on Children’s Health. *Pediatrics*. 2008 Feb 1;121(2):337–44.
  45. Lamers F, Van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, Van Balkom AJLM, et al. Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*. 2011 Mar 15;72(03):341–8.
  46. Ohannessian CM, Milan S, Vannucci A. Gender Differences in Anxiety Trajectories from Middle to Late Adolescence. *J Youth Adolesc*. 2017 Apr;46(4):826–39.
  47. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res*. 2011 Aug;45(8):1027–35.

48. Orgilés M, Méndez X, Espada JP, Carballo JL, Piqueras JA. Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Rev Psiquiatr Salud Ment Engl Ed.* 2012 Apr;5(2):115–20.
49. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007 Mar;27(2):155–72.
50. Cummings EM, Goeke-morey MC, Papp LM. Children's Responses to Everyday Marital Conflict Tactics in the Home. *Child Dev.* 2003 Nov;74(6):1918–29.
51. Eley TC, McAdams TA, Rijdsdijk FV, Lichtenstein P, Narusyte J, Reiss D, et al. The Intergenerational Transmission of Anxiety: A Children-of-Twins Study. *Am J Psychiatry.* 2015 Jul;172(7):630–7.
52. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science.* 2020 Dec 11;370(6522):eaay0214.
53. Santiago CD, Wadsworth ME, Stump J. Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *J Econ Psychol.* 2011 Mar;32(2):218–30.
54. Cox MJ, Paley B. Understanding Families as Systems. *Curr Dir Psychol Sci.* 2003 Oct;12(5):193–6.
55. Collins WA, Maccoby EE, Steinberg L, Hetherington EM, Bornstein MH. Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *Am Psychol.* 2000;55(2):218–32.
56. Hutchings J, Lane E. Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Curr Opin Psychiatry.* 2005 Jul;18(4):386–91.
57. Spera C. A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educ Psychol Rev.* 2005 Jun;17(2):125–46.
58. Baxter J, Weston R, Qu L. Family structure, co-parental relationship quality, post-separation paternal involvement and children's emotional wellbeing. *J Fam Stud.* 2011 Aug;17(2):86–109.
59. Zemp M, Milek A, Cummings EM, Bodenmann G. Longitudinal Interrelations between Dyadic Coping and Coparenting Conflict in Couples. *J Child Fam Stud.* 2017 Aug;26(8):2276–90.
60. Wood SL, Sommers MS. Consequences of Intimate Partner Violence on Child Witnesses: A Systematic Review of the Literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2011 Nov;24(4):223–36.

61. Crawford NA, Schrock M, Woodruff-Borden J. Child Internalizing Symptoms: Contributions of Child Temperament, Maternal Negative Affect, and Family Functioning. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011 Feb;42(1):53–64.
62. Leve LD, Kim HK, Pears KC. Childhood Temperament and Family Environment as Predictors of Internalizing and Externalizing Trajectories From Ages 5 to 17. *J Abnorm Child Psychol.* 2005 Oct;33(5):505–20.
63. Davis S, Votruba-Drzal E, Silk JS. Trajectories of Internalizing Symptoms From Early Childhood to Adolescence: Associations With Temperament and Parenting. *Soc Dev.* 2015 Aug;24(3):501–20.
64. Ollendick TH, Grills AE. Perceived Control, Family Environment, and the Etiology of Child Anxiety—Revisited. *Behav Ther.* 2016 Sep;47(5):633–42.
65. Bayer JK, Morgan A, Prendergast LA, Beatson R, Gilbertson T, Bretherton L, et al. Predicting Temperamentally Inhibited Young Children’s Clinical-Level Anxiety and Internalizing Problems from Parenting and Parent Wellbeing: a Population Study. *J Abnorm Child Psychol.* 2019 Jul;47(7):1165–81.
66. Perlman SB, Lunkenheimer E, Panlilio C, Pérez-Edgar K. Parent-to-Child Anxiety Transmission Through Dyadic Social Dynamics: A Dynamic Developmental Model. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2022 Mar;25(1):110–29.
67. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health.* 2012 Sep;126:S4–10.
68. British Medical Association. Growing up in the UK – Ensuring a healthy future for our children. British Medical Association; 2013.
69. Bornstein MH, Kotler JA, Lansford JE. The Future of Parenting Programs: An Introduction. *Parenting.* 2022 Jul 3;22(3):189–200.
70. Morawska A, Winter L, Sanders MR. Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child Care Health Dev.* 2009 Mar;35(2):217–26.
71. Sanders MR, Burke K, Prinz RJ, Morawska A. Achieving Population-Level Change Through a System-Contextual Approach to Supporting Competent Parenting. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2017 Mar;20(1):36–44.
72. Ginsburg GS, Drake KL, Tein JY, Teetsel R, Riddle MA. Preventing Onset of Anxiety Disorders in Offspring of Anxious Parents: A Randomized Controlled Trial of a Family-Based Intervention. *Am J Psychiatry.* 2015 Dec;172(12):1207–14.



73. Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Mar;45(3):314–21.
74. Pahl KM, Barrett PM. Preventing Anxiety and Promoting Social and Emotional Strength in Preschool Children: A Universal Evaluation of the Fun FRIENDS Program. *Adv Sch Ment Health Promot*. 2010 Jan;3(3):14–25.
75. Fisak BJ, Richard D, Mann A. The Prevention of Child and Adolescent Anxiety: A Meta-analytic Review. *Prev Sci*. 2011 Sep;12(3):255–68.
76. Levav I, Jacobsson L, Tsiantis J, Kolaitis G, Ponizovsky A. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Dec;13(6):395–401.
77. Palinkas LA, De Leon J, Salinas E, Chu S, Hunter K, Marshall TM, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Child and Adolescent Mental Health Policy and Practice Implementation. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 13;18(18):9622.
78. Faircloth C, Murray M. Parenting: Kinship, Expertise, and Anxiety. *J Fam Issues*. 2015 Jul;36(9):1115–29.
79. Kubb C, Foran HM. Online Health Information Seeking by Parents for Their Children: Systematic Review and Agenda for Further Research. *J Med Internet Res*. 2020 Aug 25;22(8):e19985.
80. Thongseiratch T, Leijten P, Melendez-Torres GJ. Online parent programs for children’s behavioral problems: a meta-analytic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Nov;29(11):1555–68.
81. David OA, Fodor LA, Dascăl MD, Miron IS. The efficacy of online parenting interventions in addressing emotional problems in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Aug;69(5):1100–12.
82. Florean IS, Dobrean A, Păsărelu CR, Georgescu RD, Milea I. The Efficacy of Internet-Based Parenting Programs for Children and Adolescents with Behavior Problems: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2020 Dec;23(4):510–28.
83. Spencer CM, Topham GL, King EL. Do online parenting programs create change?: A meta-analysis. *J Fam Psychol*. 2020 Apr;34(3):364–74.

84. Hansen A, Broomfield G, Yap MBH. A systematic review of technology-assisted parenting programs for mental health problems in youth aged 0–18 years: Applicability to underserved Australian communities. *Aust J Psychol.* 2019 Dec 1;71(4):433–62.
85. Ulfsdotter M, Enebrink P, Lindberg L. Effectiveness of a universal health-promoting parenting program: a randomized waitlist-controlled trial of All Children in Focus. *BMC Public Health.* 2014 Dec;14(1):1083.
86. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol.* 2008 Aug;22(4):506–17.
87. Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? Bhutta ZA, editor. *PLoS ONE.* 2013 Jun 24;8(6):e65514.
88. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental Disorders Following War in the Balkans: A Study in 5 Countries. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 May 1;67(5):518.
89. Lee EJ, Keyes K, Bitfoi A, Mihova Z, Pez O, Yoon E, et al. Mental health disparities between Roma and non-Roma children in Romania and Bulgaria. *BMC Psychiatry.* 2014 Dec;14(1):297.
90. Yatham S, Sivathasan S, Yoon R, Da Silva T, Ravindran AV, Levitt SE. Depression and Anxiety Disorders in Child and Adolescent Populations in Low and Middle Income Countries: A Review. *Ann Glob Health.* 2017 Apr 7;83(1):87.
91. Pop-Jordanova N. Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. *PRILOZI.* 2019 May 1;40(1):5–40.
92. Cosma, A, Abdrakhmanova, S, Taut, D, Schrijvers, K, Catunda, C, Schnohr, C. A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.* World Health Organization, Regional Office for Europe; 2023.
93. Bexheti, L, Osmani, S, Neziri, I, Sotiroska, K. Family support, parents employment and internalizing problems at school aged children in North Macedonia. *Vizione.* 2024;(42):19.
94. Bajraktarov S, Kunovski I, Raleva M, Bolinski F, Isjanovska R, Kalpak G, et al. Depression and Anxiety in Adolescents and their Caregivers: A Cross-Sectional Study from North Macedonia. *PRILOZI.* 2023 Mar 1;44(1):47–56.
95. Srbinoski B, Petreski B, Petreski M. Measurement of Multidimensional Child Poverty: Evidence from North Macedonia. *Child Indic Res.* 2023 Feb;16(1):247–71.

96. Petrovic M, Vasic V, Petrovic O, Santric-Milicevic M. Positive parenting attitudes and practices in three transitional Eastern European countries: Bosnia and Herzegovina, Macedonia and Serbia. *Int J Public Health*. 2016 Jun;61(5):621–30.
97. Lavrič M, Naterer A. The power of authoritative parenting: A cross-national study of effects of exposure to different parenting styles on life satisfaction. *Child Youth Serv Rev*. 2020 Sep;116:105274.
98. Национална мрежа против насилство врз жени и семејно насилство. Линија за родителство [Internet]. Available from: <https://glasprotivnasilstvo.org.mk/linija-za-roditeli-pozitivno-roditelstvo/>
99. SOS Children’s Villages. Annual report: SOS Children’s Villages Macedonia. Skopje; 2018.
100. Петровска, Н, Пајовиќ-Мишевска, С. Фер родител - фер дете: програма за позитивно родителство. УНИЦЕФ; 2018.
101. United Nations North Macedonia. North Macedonia: Annual Results Report 2021. Skopje; 2022 p. 18.
102. Shenderovich Y, Piolanti A, Babii V, Calovska-Hertzog N, Evans RE, Heinrichs N, et al. Family-focused intervention to promote adolescent mental health and well-being in Moldova and North Macedonia (FLOURISH): feasibility study protocol. *BMJ Open*. 2023 Dec;13(12):e080400.
103. UNICEF Office in North Macedonia. New National parenting strategy in North Macedonia promotes positive parenting and strong intersectoral collaboration. UNICEF Office in North Macedonia [Internet]. 2022; Available from: <https://www.unicef.org/northmacedonia/press-releases/new-national-parenting-strategy-north-macedonia-promotes-positive-parenting-and>
104. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. DSM-Oriented and Empirically Based Approaches to Constructing Scales From the Same Item Pools. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003 Aug;32(3):328–40.
105. Rishel CW, Greeno C, Marcus SC, Shear MK, Anderson C. Use of the Child Behavior Checklist as a Diagnostic Screening Tool in Community Mental Health. *Res Soc Work Pract*. 2005 May;15(3):195–203.
106. Dowdy E, Kamphaus RW, Abdou AS, Twyford JM. Detection of Symptoms of Prevalent Mental Health Disorders of Childhood With the Parent Form of the Behavioral and Emotional Screening System. *Assess Eff Interv*. 2013 Jun;38(3):192–8.

107. Buchanan-Pascall S, Gray KM, Gordon M, Melvin GA. Systematic Review and Meta-analysis of Parent Group Interventions for Primary School Children Aged 4–12 Years with Externalizing and/or Internalizing Problems. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2018 Apr;49(2):244–67.
108. Aschenbrand SG, Angelosante AG, Kendall PC. Discriminant Validity and Clinical Utility of the CBCL With Anxiety-Disordered Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005 Nov;34(4):735–46.
109. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
110. Kendall PC, Puliafico AC, Barmish AJ, Choudhury MS, Henin A, Treadwell KS. Assessing anxiety with the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form. *J Anxiety Disord.* 2007 Jan;21(8):1004–15.
111. Lovibond, S.H., Lovibond, P.F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales.* 2nd ed. Sydney, Australia: Psychology Foundation; 1995.
112. Bausback KB, Bunge EL. Meta-Analysis of Parent Training Programs Utilizing Behavior Intervention Technologies. *Soc Sci.* 2021 Sep 29;10(10):367.
113. Arnold DS, O’Leary SG, Wolff LS, Acker MM. The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychol Assess.* 1993 Jun;5(2):137–44.
114. Porter B, O’Leary KD. Marital discord and childhood behavior problems. *J Abnorm Child Psychol.* 1980 Sep;8(3):287–95.
115. Hutchings, JM, Ward, CL, Mikton, C, Cluver, L, Cooper, P, Gardner, F, et al. Parenting for Lifelong Health: from South Africa to other low-and middle-income countries. *Early Childhood Matters.* :49–53.
116. World Health Organization. Parenting for Lifelong Health. Available from: [www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health](http://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health)
117. Hutchings, J, Williams, D. *The Little Parent Handbook.* Bangor: University of Wales; 2013.
118. Department of Social Development. *Parental/ Primary Caregiver Capacity Building Training Package.* UNICEF; 2008.
119. Guidi J, Brakemeier EL, Bockting CLH, Cosci F, Cuijpers P, Jarrett RB, et al. Methodological Recommendations for Trials of Psychological Interventions. *Psychother Psychosom.* 2018;87(5):276–84.

120. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011 Jun 27;2:53–5.
121. Burnham KP, Anderson DR, editors. Information and Likelihood Theory: A Basis for Model Selection and Inference. In: *Model Selection and Multimodel Inference: A Practical Information-Theoretic Approach* [Internet]. New York, NY: Springer; 2002 [cited 2021 Jan 28]. p. 49–97. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-0-387-22456-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-0-387-22456-5_2)
122. Levine TR, Hullett CR. Eta Squared, Partial Eta Squared, and Misreporting of Effect Size in Communication Research. *Hum Commun Res.* 2002 Oct;28(4):612–25.
123. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Oct;42(10):1203–11.
124. Panchal U, Vaquerizo-Serrano JD, Conde-Ghigliazza I, Aslan Genç H, Marchini S, Pociute K, et al. Anxiety symptoms and disorders during the COVID-19 pandemic in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychiatry.* 2023 Oct;37(4):100218.
125. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Mar;56(3):345–65.
126. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011 Sep;21(9):655–79.
127. Remes O, Brayne C, Van Der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016 Jul;6(7):e00497.
128. Pashazadeh Kan F, Raoofi S, Rafiei S, Khani S, Hosseinifard H, Tajik F, et al. A systematic review of the prevalence of anxiety among the general population during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2021 Oct;293:391–8.
129. Емире Билали. Влијание на анксиозноста кај родителите врз здравјето на децата во периодот на нивниот пубертет на територија на општина Гостивар. Медицински факултет, УКИМ; 2021.
130. Sweeney S, Wilson C. Parental anxiety and offspring development: A systematic review. *J Affect Disord.* 2023 Apr;327:64–78.

131. Yirmiya K, Motsan S, Kanat-Maymon Y, Feldman R. From mothers to children and back: Bidirectional processes in the cross-generational transmission of anxiety from early childhood to early adolescence. *Depress Anxiety*. 2021 Dec;38(12):1298–312.
132. Măirean C, Zancu AS, Diaconu-Gherasim LR. Children’s anxiety, academic self-efficacy, and intergenerational transmission of worries regarding the transition to middle school. *Br J Educ Psychol*. 2022 Dec;92(4):1638–50.
133. Grinde B, Tambs K. Effect of household size on mental problems in children: results from the Norwegian Mother and Child Cohort study. *BMC Psychol*. 2016 Dec;4(1):31.
134. Buist KL, Deković M, Prinzie P. Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013 Feb;33(1):97–106.
135. Masfety VK, Aarnink C, Otten R, Bitfoi A, Mihova Z, Lesinskiene S, et al. Three-generation households and child mental health in European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019 Apr;54(4):427–36.
136. McCullagh P, Nelder JA. *Generalized linear models*. 2nd ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 1998. 511 p. (Monographs on statistics and applied probability).
137. Bender PK, Reinholdt-Dunne ML, Esbjørn BH, Pons F. Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personal Individ Differ*. 2012 Aug;53(3):284–8.
138. McLean CP, Anderson ER. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev*. 2009 Aug;29(6):496–505.
139. Westrupp EM, Brown S, Woolhouse H, Gartland D, Nicholson JM. Repeated early-life exposure to inter-parental conflict increases risk of preadolescent mental health problems. *Eur J Pediatr*. 2018 Mar;177(3):419–27.
140. Ran G, Niu X, Zhang Q, Li S, Liu J, Chen X, et al. The Association between Interparental Conflict and Youth Anxiety: A Three-level Meta-analysis. *J Youth Adolesc*. 2021 Apr;50(4):599–612.
141. Domoney J, Nath S. Commentary: The complexity of family dynamics in child anxiety disorders — a commentary on Breinholz et al. (2018). *Child Adolesc Ment Health*. 2019 Feb;24(1):51–3.
142. Petreski, M, Petreski, B, Tomovska-Misoska, A, Gerovska Mitev, M, Parnardzieva-Zmejkovala, M, Dimkovski, V, et al. COVID-19’s effects on children in North Macedonia: Rapid analysis and policy proposals. Skopje: UNICEF; 2020.

143. Askew C, Field AP. The vicarious learning pathway to fear 40 years on. *Clin Psychol Rev.* 2008 Oct;28(7):1249–65.
144. Jacobson NC, Newman MG. Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2017 Nov;143(11):1155–200.
145. Yap MBH, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015 Apr;175:424–40.
146. Friedman HP, Bilsky SA, Luber MJ. Parent Anxiety, Child Anxiety, Parental Beliefs about Anxiety, and Parenting Behaviors: Examining Direct and Indirect Associations. *J Child Fam Stud.* 2023 Nov;32(11):3419–29.
147. Barlow J, Coren E. The Effectiveness of Parenting Programs: A Review of Campbell Reviews. *Res Soc Work Pract.* 2018 Jan;28(1):99–102.
148. Morgan AJ, Rapee RM, Salim A, Goharpey N, Tamir E, McLellan LF, et al. Internet-Delivered Parenting Program for Prevention and Early Intervention of Anxiety Problems in Young Children: Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017 May;56(5):417-425.e1.
149. Sanders MR, Baker S, Turner KMT. A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. *Behav Res Ther.* 2012 Nov;50(11):675–84.
150. Sandler IN, Schoenfelder EN, Wolchik SA, MacKinnon DP. Long-Term Impact of Prevention Programs to Promote Effective Parenting: Lasting Effects but Uncertain Processes. *Annu Rev Psychol.* 2011 Jan 10;62(1):299–329.
151. Kazdin AE. Drawing causal inferences from randomized controlled trials in psychotherapy research. *Psychother Res.* 2023 Nov 17;33(8):991–1003.
152. Albanese AM, Russo GR, Geller PA. The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child Care Health Dev.* 2019 May;45(3):333–63.
153. Aminayi, M, Roshan Chesli, R, Shairi, M, Moharrerri, F. Comparative study of parenting styles and parenting self-efficacy in mothers of children with and without anxiety symptoms. *J Fundam Ment Health.* 2015;17(4):186–91.

154. Tatsiopoulou P, Holeva V, Nikopoulou VA, Parlapani E, Diakogiannis I. Children's anxiety and parenting self-efficacy during the COVID-19-related home confinement. *Child Care Health Dev.* 2022 Nov;48(6):1103–11.
155. Havinga PJ, Maciejewski DF, Hartman CA, Hillegers MHJ, Schoevers RA, Penninx BWJH. Prevention programmes for children of parents with a mood/anxiety disorder: Systematic review of existing programmes and meta-analysis of their efficacy. *Br J Clin Psychol.* 2021 Jun;60(2):212–51.
156. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S. Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clin Psychol Rev.* 2016 Dec;50:138–58.
157. Leijten P, Scott S, Landau S, Harris V, Mann J, Hutchings J, et al. Individual Participant Data Meta-analysis: Impact of Conduct Problem Severity, Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Emotional Problems, and Maternal Depression on Parenting Program Effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020 Aug;59(8):933–43.
158. Reid MJ, Webster-Stratton C, Beauchaine TP. Parent Training in Head Start: A Comparison of Program Response Among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic Mothers. *Prev Sci.* 2001;2(4):209–27.
159. Cunningham PB, Foster SL, Kawahara DM, Robbins MS, Bryan S, Burlison G, et al. Midtreatment Problems Implementing Evidence-based Interventions in Community Settings. *Fam Process.* 2019 Jun;58(2):287–304.
160. Breitenstein SM, Gross D, Christophersen R. Digital Delivery Methods of Parenting Training Interventions: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014 Jun;11(3):168–76.



## Прилози

**Прилог 1.** Приказ на ставките од целосниот прашалник зададен во истражувањето.

### *Социодемографски прашања*

1. Која е вашата возраст?
2. Која е возраста на вашето дете?
3. Кој е вашиот пол?
4. Кој е полот на вашето дете?
5. Која е вашата релација со детето за кое е насочена програмата?
  - a. Мајка
  - b. Татко
  - c. Маќеа или очув
  - d. Тетка или чичко
  - e. Друго
6. Колку возрасни членови има во вашето домаќинство (>18 години)?
7. Колку деца има во вашето домаќинство (>18 години)?
8. Кој е вашиот највисок степен на образование?
  - a. Завршено високо
  - b. Недовршено високо
  - c. Завршено средно
  - d. Завршена стручна обука
  - e. Недовршена стручна обука
  - f. Завршено основно
  - g. Друго
9. Кој е вашиот брачен/ партнерски статус?
  - a. Во брак и живее со партнер
  - b. Разведен или разделен
  - c. Во врска и живее со партнер
  - d. Семец
  - e. Вдовец

- f. Во брак и не живее со партнер
- g. Во врска и не живее со партнер

### *Анксиозност кај деца*

Опции за одговор: 0=Не е точно, 1=Понекогаш точно, 2=Често точно

1. Не може да го отдели вниманието од одредени мисли, фикс-идеи.
2. Се придржува кон возрасните, премногу зависен/а е од нив.
3. Плаче многу.
4. Стравува од одредени животни, ситуации или места, различни од училиште.
5. Стравува да оди во училиште.
6. Стравува дека може да помисли или да направи нешто лошо.
7. Чувствува дека треба да биде совршен/а.
8. Чувствува или се жали дека никој не го/ја сака.
9. Се осеќа како да не чини ништо и како да е во подчинета положба.
10. Нервозен/а, напнат/а или лесно се возбудува.
11. Нервни движења или тикови.
12. Премногу страшлив/а или обеспокоен/а.
13. Се чувствува прекумерно виновен/а.
14. Болки (не стомачни болки или главоболка)
15. Главоболка
16. Гадење
17. Стомачни болки
18. Се стеснува или лесно се срами.
19. Прекумерно срамежлив/а или неодлучен/а.
20. Зборува за самоубиство.
21. Се тревожи, се збунува.

### *Анксиозност и депресија кај родители/ старатели*

Опции за одговор: 0=Никогаш, 1=Ретко, 2=Повремено, 3=Често

1. Тешко ми беше да се смирам.
2. Свесен/а бев дека ми е сува устата.
3. Делуваше како да не можев да доживеам ниту едно позитивно чувство.

4. Отежнато дишев без некој физички напор (пр. забрзано дишење или немање здив)
5. Тешко ми беше да се натерам да правам нешто.
6. Склон/а бев прекумерно да реагирам во некои ситуации.
7. Доживував тремор (пр. тресење на рацете).
8. Чувствував како да прекумерно да трошам енергија.
9. Бев загрижен/а дека може да ме фати паника и да се посрамотам во некои ситуации.
10. Ми делуваше како да немам за што да се надевам во иднина.
11. Забележав дека лесно станував нервозен.
12. Тешко ми беше да се опуштам.
13. Се чувствував нерасположен/а и тажен/ тажна.
14. Немав толеранција за работи кои ми попречуваа во тоа што го правев.
15. Ми делуваше како да можам лесно да паничам.
16. Не можев да бидам ентузијастичен за ништо.
17. Чувствував дека не вредам како личност.
18. Ми делуваше дека сум лесно избувлив/а.
19. Бев свесен/ свесна за работата на моето срце во отсуство на физички напор (пр. забрзано или неритмично срцебиење).
20. Чувствував страв без некоја посебна причина.
21. Чувствував дека животот нема смисла.

### ***Родителски пристап***

1. Кога моето дете погрешно се однесува ...
  - а. 1=Правам нешто веднаш, 7=Правам нешто подоцна
2. Пред да направам нешто за одреден проблем...
  - а. 1=Му давам на детето неколку потсетници или предупредувања, 7=Користам само еден потсетник или предупредување
3. Кога сум вознемирен или под стрес ...
  - а. 1=Критички сум настроен и му пречам, 7= Не сум покритичен и не му пречам повеќе од вообичаено
4. Кога сакам моето дете да престане да прави нешто ...
  - а. 1=Зборувам малку, 7=Зборувам многу
5. Кога моето дете ми досадува...

- a. 1=Можам да го игнорирам, 7=Не можам да го игнорирам
6. Кога моето дете се однесува лошо ...
- a. 1=Влегувам во долга расправија, 7=Не навлегувам во расправија
7. Се заканувам дека ќе направам одредени работи за кои ...
- a. 1=Сум сигурен дека можам да ги споведам, 7=Знам дека нема да ги споведам
8. Јас сум родител кој ...
- a. 1=Поставувам граници што може детето да прави, 7=Му дозволувам да прави што сака
9. Кога моето дете се однесува лошо ...
- a. 1=Му давам долго предавање, 7=Краток сум и јасен
10. Кога моето дете се однесува лошо ...
- a. 1=Го повишувам гласот или викам, 7=Му зборувам смирено
11. Ако кажувањето „не“ не функционира ...
- a. 1=Преземам друг вид акција, 7=Продолжувам да објаснувам додека не разбере
12. Кога ќе сакам моето дете да престане да прави нешто...
- a. 1=Јасно му кажувам да престане, 7=Се убедувам и го молам да престане
13. Кога моето дете ми е надвор од видикот...
- a. 1=Често не знам што прави, 7=Имам идеја што можеби прави
14. Откако ќе има проблем со моето дете...
- a. 1=Често се лутам, 7=Работите бргу се враќаат во нормала
15. Кога не сме дома ...
- a. 1=Се справувам со детето исто како и дома, 7=Му попуштам многу повеќе
16. Кога моето дете ќе направи нешто што не ми се допаѓа ...
- a. 1=Преземам нешто секој пат кога ќе се случи, 7=Му попуштам
17. Кога постои проблем со моето дете ...
- a. 1=Работите излегуваат од контрола и правам нешта кои не ги мислам,  
7=Работите не излегуваат од контрола
18. Кога моето дете погрешно се однесува, јас плескам, удирам шлаканица, го зграпчувам или го удирам моето дете ...
- a. 1=Никогаш или ретко, 7=Поголем дел од времето

19. Кога моето дете не го прави она што го барам од него ...
- а. 1=Јас го преземам тоа, 7=Преземам друга акција
20. Кога ќе се заканам или ќе го предупредам моето дете ...
- а. 1=Често не го исполнувам тоа, 7=Секогаш го правам тоа што сум кажал
21. Кога кажувањето „Не“ не успева...
- а. 1=Преземам друга акција, 7=Му нудам на детето нешто убаво за добро да се однесува
22. Кога моето дете се однесува лошо ...
- а. 1=Се справувам со тоа без да се вознемирам, 7=Се фрустрирам или лутам
23. Кога моето дете погрешно се однесува ...
- а. 1=Му барам да ми каже зошто се однесува така, 7=Велам Не и преземам друга акција
24. Ако моето дете погрешно се однесува, а потоа му е жал ...
- а. 1=Се справувам како и вообичаено, 7=Му попуштам тогаш
25. Кога моето дете се однесува лошо ...
- а. 1=Ретко користам пцовки, 7=Речиси секогаш користам пцовки
26. Кога ќе кажам дека моето дете не може да направи нешто ...
- а. 1=Му дозволувам сепак да го направи тоа, 7=Се држам до кажаното
27. Кога мора да се справам со проблем...
- а. 1=Му велам на детето дека ми е жал, 7=Не велам дека ми е жал
28. Кога моето дете ќе направи нешто што не ми се допаѓа, го навредувам моето дете, употребувам лоши изрази или го нарекувам со некои погрдни имиња
- а. 1=Никогаш или ретко, 7=Поголем дел од времето
29. Ако моето дете ми возвраќа или се жали на моја реакција...
- а. 1=Го игнорирам жалењето и се држам до кажаното, 7=Му објаснувам да не се жали
30. Ако моето дете се вознемири кога ќе кажам „Не“ ...
- а. 1=Се повлекувам и попуштам, 7=Се држам до кажаното

### ***Родителски конфликт***

Опции за одговор: 1=Никогаш, 2=Ретко, 3=Повремено, 4=Често, 5=Многу често

1. Колку често вие и партнерот имате караници за пари пред детето?

2. Колку често детето се вмешува и зазема страна при несогласување со партнерот?
3. Партнерите често имаат несогласувања околу дисциплината. Колку често вие и партнерот имате караници за прашања околу дисциплината пред детето?
4. Колку често детето слушало да се карате со партнерот за улогата на жената во семејството (домашни задачи, работен живот итн.)?
5. Колку често вашиот партнер се жали за ваша лична навика (пиење, досадување, несмасност) пред детето?
6. Колку често вие се жалите за негови навики пред детето?
7. Во секое нормално партнерство постојат несогласувања. До кој степен несогласувањата/ караниците со партнерот се одвиваат пред детето?
8. Сите имаме импулси кои тешко ги контролираме при стрес. Колку често постои физичка експресија на хостилност помеѓу вас и партнерот пред детето?
9. Колку често прикажувате вербална хостилност пред детето?
10. Колку често вие и партнерот прикажувате топлина еден за друг пред детето?