

VLERËSIMI I PROBLEMEVE EMOCIONALE DHE TË SJELLJES TEK FËMIJËT E MOSHËS 2-5 VJEÇARE NË KOSOVË QË NDJEKIN NJË PROGRAM TË EDUKIMIT PARASHKOLLOR.

Merita Shala

Dorëzuar
Universitetit Europian të Tiranës
Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në
Departamentin e Shkencave Sociale me profil Psikologji -Pedagogji, për
marrjen e gradës shkencore “Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof. Dr. Milika Dhamo

Numri i fjalëve: 50.012

Tiranë, Qershor 2015

DEKLARATA E AUTORESISË

Deklaroj se punimi është shkruar në mënyrë të pavarur dhe është tërësisht punim origjinal autorial. Gjithashtu, deklaroj se ky punim në tërësinë e tij nuk është i publikuar dhe as i përdorur për qëllime të kryerjes së obligimeve në ndonjë institucion tjetër të shkollimit.

Deklaroj se pjesë të veçanta të të dhënave nga ky punim doktoral, janë shfrytëzuar dhe përdorur për botime në revista dhe prezantime në konferenca shkencore, si pjesë e obligimit të studimeve doktorale. Punimet e botuara janë të bashkangjitura në shtojcën e punimit të doktoratës.

ABSTRAKTI

Qëllimi i këtij hulumtimi ishte vlerësimi i prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve parashkollorë të grupmoshës 2-5 vjeç që ndjekin një program edukimi në Kosovë, sipas informatave nga prindërit dhe edukatorët parashkollorë, dhe vlerësimi i dallimeve sipas moshës dhe gjinisë. U hipotetizuan vlera të larta të prevalencës tek fëmijët parashkollorë, dallime në gjini dhe moshë për këto probleme dhe korrelacion i ulët ndërmjet informantëve. Pjesëmarrës ishin 851 fëmijë (MA 3.4; SD 1.0) për të cilët u mbledhën të dhënat nga prindërit (755) përmes CBCL 1.5-5 vjeç dhe nga edukatorët parashkollorë (140) përmes C-TRF 1.5-5 vjeç. U përdorën analizat përshkruese, ANOVA një dhe dy drejtimëshe, krostabulimet dhe korrelacioni i Pearsonit. Pjesëmarrja në hulumtim ishte vullnetare.

Rezultatet nuk e vërtetuan hipotezën e parë, pasi niveli i prevalencës ishte i ulët. Prindërit raportuan vlera më të larta për djemtë në problemet externalizuese (4.5% vs. 1.5%), dhe për vajzat në problemet internalizuese (4.6% vs. 3.2) dhe vlera të përafërta në problemet totale (4.2 % vs. 4.6%). Problemet eksternalizuese, treguan vlera më të larta në moshën 2 vjeçare, problemet internalizuese dhe problemet totale, në moshën 3 vjeçare. Edukatorët parashkollorë ofruan vlera më të larta për vajzat, në të tre shkallët e gjera (Int=5.6% vs 3.2 % ; Eks=7.9 % vs 4.4 %; Total=5.6% vs 4.2 %). Piku i vlerave të prevalencës është tek fëmijët dy vjeçarë. Këto rezultate vërtetojnë hipotezën e dytë. Vlera korrelative ndërmjet informatëve ishte në nivele të ulta, rezultat që ka vërtetuar hipotezën e tretë.

Gjetjet e tilla nxjerrin në pah faktin se problemet emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollore mund të ndryshojnë brenda ambienteve specifike kulturore dhe përforcojnë nevojën për kërkime më në thellësi për eksplorim të mëtejshëm. Gjetjet do të krijojnë një bazament shkencor për përcaktimin e ndërhyrjeve të nevojshme parandaluese dhe kuruese si dhe përmirësimin e programeve edukative të fokusuara në zhvillimin socio-emocional të fëmijëve.

Fjalë kyçe: moshë parashkollore, probleme emocionale dhe të sjelljes, prevalencë, prindër, edukatore parashkollore, program edukimi, vlerësim empirik.

ABSTRACT

The purpose of this research was to evaluate the prevalence of emotional and behavioral problems of preschool children aged 2-5 years who attend a preschool program in Kosovo, according to information from parents and preschool teachers, and assessing the differences in age and gender in the frequency and distribution of these problems. It was hypothesized high prevalence value for preschool children, differences in gender and age for these problems and low correlation between informants. There were 851 children (MA 3.4; SD 1.0), for whom data were gathered from parents (755) through CBCL 1.5-5 years and preschool educators (140) through C-TRF 1.5-5 years. Descriptive analyzes were used, ANOVA, crosstabulation and Pearson correlation. Participation in the survey was voluntary.

The results showed that the level of prevalence of emotional and behavioral problems was low compared to other studies conducted in our country and the studies of the region. Such results did not confirmed the first hypothesis. Parents reported higher values for boys in externalizuese problems (4.5% vs. 1.5%), and higher values for girls in internalizuese problems (4.6% vs.3.2%). For total problems, values are approximations (4.2% vs. 4.6%). For eksternalizing problems, higher values are found in the age of 2, while for internalizing and total problems, at the age of 3 years. Preschool educators offered higher values for girls in the three broad scales (Int = 5.6% vs. 3.2%; Ex = 7.9% vs. 4.4%; Total = 5.6% vs. 4.2%). The peak prevalence values in the three broad scales is higher in children two years of age. The correlation between informatns was at very low levels. The abovementioned results confirmed the second and third hypotheses.

Such findings highlight the fact that emotional and behavioral problems in preschool may vary within specific cultural environments and reinforce the need for more in-depth research for further exploration.

Keywords: preschool age, emotional and behavioral problems, prevalence, parents, preschool educators, education program, empirical assessment.

FALENDERIME

- Dëshiroj të shpreh mirënjohjen time të pakufishme për udhëheqësen shkencore, Prof. Dr. Milika Dharmo, për mbështetjen e plotë dhe të pakursyer gjatë gjithë punës time përmes këshillave të çmuara, ndërkohë që edhe më krijonte hapësirë të punoj në mënyrën time. Ju jeni modeli im!
- Një falenderim për miken dhe kolegen time, Dr. Mimoza Shahini për gatishmërinë e bashkëpunimit dhe sqarimet në momentet e mia të dilemave.
- Falenderoj për zemërsisht kolegen nga Ministria e Arsimit, Shkencës dhe Teknologjisë, Labëri Luzha, për mbështetjen institucionale dhe inkurajimin për këtë hulumtim.
- Të gjithë fëmijëve që morën pjesë në hulumtim, drejtoreshave të institucioneve parashkollore, edukatoreve parashkollore dhe prindërve të fëmijëve, Ju faleminderit për gatishmërinë e bashkëpunimit, mbështetjen profesionale dhe plotësimin e pyetësorëve. Ju e bëtë të mundur realizimin e këtij punimi.
- Nuk mund të shpreh me fjalë mirënjohjen për prindërit dhe motrat e mia, mbështetja ime e pakusht, dhe për familjen time, bashkëshortin Naimin dhe dy yjet e mi, Arbrin dhe Gentën, dashuria, durimi, inkurajimi, kujdesi, shpotitjet, koha, ngacmimet dhe buzëqeshjet e të cilëve më krijuan mundësinë të kryej edhe këtë angazhim madhor.
- Falenderoj po ashtu dy miket e mia më të mira, Hajron e gatshme për mua në çdo kohë kur unë kisha kohë, dhe Eminën për miqësinë e dliër dhe ndihmën e madhe në përkthimin tejet cilësor të të gjitha punëve të mia.
- A big Thank you to my precious friends: Susan Hutton and Tom Gougeon. Thank you for being great inspirers!

PËRMBAJTJA E LËNDËS

KAPITULLI I – Parathënie.....	1
1. Hyrje.....	1
1.1. Zhvillimi në moshën parashkollore: Koncepte kyçe të zhvillimit.....	3
1.1.1. Ndikimet në zhvillimin e fëmijëve.....	5
1.1.2. Problemet emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë.....	13
1.1.3. Perspektiva teorike mbi problemet emocionale dhe të sjelljes.....	15
1.2. Llojet e problemet emocionale dhe të sjelljes.....	18
1.2.1. Sjelljet - problemet eksternalizuese.....	19
1.2.2. Sjelljet - problemet internalizuese.....	27
1.2.3. Shkaqet e paraqitjes së problemeve emocionale dhe të sjelljes.....	30
1.3. Vlerësimi i problemeve emocionale dhe të sjelljes.....	34
1.3.1. Vlerësimi i problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë në Kosovë.....	35
1.3.2. Diagnostikimi i fëmijëve parashkollorë me psikopatologji. A duhet bërë.....	36
1.3.3. Përdorimi i instrumenteve vlerësuese në këtë grupmoshë.....	38
1.3.4. Instrumentet vlerësuese për zhvillimin social-emocional dhe sjelljen.....	40
1.3.5. Instrumentet ASEBA për parashkollorë. CBCL/1.5-5 dhe C-TRF/1.5-5.....	40
1.3.6. Sistemi i vlerësimit të sjelljes – BASC 2.....	42
1.3.7. Vlerësimi Devereux në fëmijërinë e hershme – DECA.....	43
1.3.8. Shkallët Vineland për zhvillimin social-emocional në fëmijëri-SEEC.....	45
1.3.9. Shkallët e sjelljes së fëmijëve parashkollorë PKBS 2.....	45

1.3.10. Sistemet e shumëfishta të klasifikimit të problemeve të sjelljes.....	46
1.3.11. DSM - diagnozat.....	47
1.3.12. DSM - shkallët e orientuara.....	48
1.4. Pse është i rëndësishëm ky hulumtim.....	49
1.5. Limitet e hulumtimit.....	52

KAPITULLI II - Shqyrtimi i literaturës

2.1. Studime mbi prevalencën e problemeve emocionale dhe të sjelljes.....	54
2.2. Fillimi, mosha dhe gjinia në prezantimin e problemeve e emocionale dhe të sjelljes.....	58
2.3. Vlerësimi shumë-informativ: përdorimi i CBCL 1.5-5 dhe C-TRF 1.5-5.....	64
2.4. Komorbiditeti i problemeve.....	67

KAPITULLI III – Metodologjia e hulumtimit

3.1. Metodologjia e hulumtimit.....	72
3.1.1. Qëllimi i hulumtimit dhe hipotezat.....	72
3.1.2. Dizajni i hulumtimit.....	74
3.1.3. Popullata dhe mostra e hulumtimit.....	75
3.1.4. Instrumentet e përdorur në hulumtim.....	82
3.1.5. Procesi i mbledhjes së të dhënave.....	86
3.1.6. Analiza e të dhënave.....	87
3.1.8. Aspekti etik.....	89

KAPITULLI IV – Rezultate

4.1.	Prezantimi grafik i rezultateve nga përpunimi me ADM (vlerat T -Model).....	92
4.2.	Prezantimi i rezultateve nga forma për prindër – CBCL 1.5-5.....	97
4.3.	Prezantimi i rezultateve nga forma për edukatore parashkollore – C-TRF 1.5.....	117
4.4.	Komorbiditeti i paraqitjes së problemeve emocionale dhe të sjelljes, sipas prindërve dhe edukatoreve parashkollore: CBCL & C-TRF.....	134
4.5.	Krahasimet ndërmjet rezultateve ndërmjet informantëve (CBCL & C-TRF).....	140
4.6.	Krahasimi i rezultateve të fituara me rezultatet nga vendet e tjera.....	150

KAPITULLI V – Diskutime

5.1.	Konsistenca e brendshme për CBCL dhe C-TRF.....	157
5.2.	Prevalenca për CBCL.....	159
5.3.	Prevalenca për C-TRF.....	162
5.4.	Komorbiditeti i problemeve emocionale dhe të sjelljes.....	165
5.5.	Korrelacioni ndërmjet rezultateve nga prindërit dhe edukatorët parashkollore [CBCL & C-TRF].....	166
5.5.	Përfundime	167

REFERENCA	174
-----------------	-----

SHTOJCA

Shtojca A - Forma CBCL 1.5-5	214
Shtojca B - Forma C-TRF 1.5-5.....	217
Shtojca C - Punimet e botuara me pjesë të të dhënave nga punimi i doktoratës.....	221

LISTA E TABELAVE

Tabela 1: Të dhënat për edukatorët parashkollore, pjesëmarrëse në hulumtim.....	77
Tabela 2. Të dhënat demografike për prindërit, pjesëmarrës në hulumtim.....	78
Tabela 3. Të dhënat për fëmijët pjesëmarrës në hulumtim, të cilët janë vlerësuar nga prindërit -CBCL.....	80
Tabela 4. Të dhënat për fëmijët pjesëmarrës në hulumtim, të cilët janë vlerësuar nga edukatorët parashkollore (C-TRF).....	81
Tabela 5. Konsistenca e brendshme (Cronbach α) e raportuar nga prindërit për secilën gjini dhe gjithsej.....	97
Tabela 6. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët empirike sipas gjinisë – CBCL.....	99
Tabela 7. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët empirike sipas moshës – CBCL.....	99
Tabela 8. Rezultatet e Analizës ANOVA për Shkallët Empirike – CBCL.....	102
Tabela 9. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët e gjera sipas gjinisw -CBCL.....	104
Tabela 10. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët e gjera sipas moshws-CBCL....	104
Tabela 11. Rezultatet e ANOVA për shkallët e gjera– CBCL.....	105
Tabela 12. Numri i fëmijëve dhe prevalenca për shkallët e gjera sipas Gjinisë: CBCL....	108
Tabela 13. Numri i fëmijëve dhe prevalenca për shkallët e gjera sipas moshës: CBCL....	109
Tabela 14. Mesi Aritmetik dhe Devijimi Standard për DSM-Shkallët e Orientuara sipas Gjinisë – CBCL.....	112
Tabela 15. Mesi Aritmetik dhe Devijimi Standard për DSM-Shkallët e Orientuara	

sipas Moshës-CBCL.....	112
Tabela 16. Rezultatet e Analizës ANOVA për DSM-Shkallët e Orientuara – CBCL.....	114
Tabela 17. Konsistenca e Brendshme sipas gjinisw dhe për të gjithë fëmijët: CBCL.....	117
Tabela 18. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët empirike sipas gjinisë:C-TRF...	118
Tabela 19. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët empirike sipas moshës:C-TRF.	119
Tabela 20. Rezultatet e analizës ANOVA për shkallët empirike C-TRF.....	121
Tabela 21. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët e gjera, sipas gjinisë: C/TRF....	122
Tabela 22. Mesatarja dhe devijimi standard për shkallët e gjera, sipas moshës:C/TRF....	122
Tabela 23. Rezultatet e analizës ANOVA për shkallët e gjera: C/TRF.....	124
Tabela 24. Prevalenca për shkallët e gjera sipas gjinisë: C-TRF.....	126
Tabela 25. Prevalenca për shkallët e gjera sipas grupmoshës për C-TRF.....	127
Tabela 26. Mesatarja dhe devijimi standard për DSM-shkallët e orientuara sipas gjinisë për C-TRF.....	129
Tabela 27. Mesatarja dhe devijimi standard për DSM-shkallët e orientuara sipas moshës C-TRF.....	130
Tabela 28. Rezultatet e analizës ANOVA për DSM-shkallët e orientuara:CTRF.....	132
Tabela 29. Komorbiditeti ndërmjet shkallëve të orientuara DSM sipas: CBCL.....	134
Tabela 30. Komorbiditeti Ndërmjet Shkallëve të Orientuara DSM sipas: C/TRF.....	135
Tabela 31. Rezultatet nga Korrelacioni i Pearson-it, për Shkallët e Orientuara DSM, sipas CBCL.....	137
Tabela 32. Rezultatet nga Korrelacioni i Pearson-it, për Shkallët e Orientuara DSM, sipas C-TRF.....	138
Tabela 33. Koeficienti Alfa (Croanbch α) për shkallët Empirike, shkallët e gjera,	

dhe DSM- shkallët e orientuara për CBCL dhe C-TRF.....	140
Tabela 34. Mesatarja aritmetike dhe devijimi standard në të gjitha shkallët sipas: CBCL & C-TRF.....	141
Tabela 35. Rezultatet nga Pearson Korrelacioni ndërmjet CBCL & C-TRF.....	149
Tabela 36. Rezultatet për Cronbach α e Raportuar nga Prindërit (CBCL- form), në tre studime	150
Tabela 37. Rezultatet për Konsistencën e Brendshme (Cronbach α) e raportuar C-TRF, krahasuar me studimin e Rescorla e të tjerë.....	151
Tabela 38. Krahasimi në mesataren aritmetike dhe devijimin standard nga CBCL me të dhënat nga 24 vende të tjera	152
Tabela 39. Krahasimi në mesataren aritmetike dhe devijimin standard nga CTRIF me të dhënat nga 15 vende të tjera.....	153
Tabela 40. Krahasimi i vlerave korrelative me studimin nga 13 vende: CBCL & C-TR..	155

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Problemet internalizuese dhe eksternalizuese përgjatë moshës, sipas Duncan & Magnuson.....	60
Figura 2. Komorbiditeti i problemeve në moshën parashkollore.....	70
Figura 3. Paraqitja e T vlerave në shkallë empirike sipas C-TRF (vajzë – 4 vjeç)	92
Figura 4. Paraqitja e vlerave korrelative C-TRF & CBCL.....	93
Figura 5. Krahasimi në shkallët empirike ndërmjet CBCL dhe C-TRF	94
Figura 6. Paraqitja e T vlerave në shkallët e gjera, sipas C-TRF.....	95
Figura 7. Paraqitja e T vlerave në shkallët e orientuara, sipas C-TRF.....	96
Figura 8. Numri i fëmijëve dhe përqindja e prevalencës në shkallët empirike sipas prindërve: CBCL.....	107
Figura 9. Prevalenca për shkallët e gjera sipas gjinisë: CBCL.....	108
Figura 10. Prevalencëa për shkallët e gjera sipas grupmoshës: CBCL.....	110
Figura 11. Prevalenca për shkallët e gjera për të gjithë fëmijët: CBCL.....	111
Figura 12. Numri i fëmijëve dhe prevalenca për DSM - shkallët e orientuara për të gjithë fëmijët: CBCL.....	116
Figura 13. Numri i fëmijëve dhe prevalenca për shkallët empirike: CTRF.....	125
Figura 14. Paraqitja e prevalencës për shkallët e gjera sipas gjinisë: C-TRF.....	126
Figura 15. Paraqitja e prevalencës për shkallët e gjera sipas grupmoshës: C-TRF.....	128
Figura 16. Paraqitja e prevalencës për shkallët e gjera për të gjithë fëmijët: C-TRF.....	128
Figura 17. Prevalenca në përqindje për DSM-shkallët e orientuara:C-TRF.....	133
Figura 18. Paraqitja e prevalencës për shkallët empirike: CBCL &C-TRF.....	143

Figura 19. Paraqitja e prevalencës për shkallët e gjera sipas gjinisë: C-TRF & CBCL.....	144
Figura 20. Dallimet në prevalencë për shkallët e gjera sipas grupmoshës 2 vjeç: CBCL & C-TRF.....	145
Figura 21. Dallimet në prevalencë për shkallët e gjera sipas grupmoshës 3 vjeç: CBCL & C-TRF.....	146
Figura 22. Dallimet në prevalencë për shkallët e gjera sipas grupmoshës 4 vjeç: CBCL & C-TRF.....	146
Figura 23. Dallimet në prevalencë për shkallët e gjera sipas grupmoshës 5 vjeç: CBCL & C-TRF.....	147
Figura 24. Dallimet në prevalencë për shkallët e gjera për të gjithë fëmijët: CBCL & C-TRF.....	147
Figura 25. Prevalenca për shkallët e orientuara për të gjithë fëmijët:CBCL & C-TRF.....	148

LISTA E SHKURTIMEVE

ADM	Menaxhuesi vlerësues i të dhënave (Assessment Data Manager)
ADHD	Hiperaktiviteti dhe problemet e vëmendjes (Attention deficit hyperactivity disorder)
APA	Shoqata Psikologjike Amerikane (American Psychological Association)
ASEBA	Sistemi Achenbach i vlerësimit në bazë empirike. (Achenbach System of Empirically Based Assessment)
ASK	Agjencia e Statistikave të Kosovës
ASQ: SE	Pyetësi i moshës dhe stadeve: Socio-emocional (Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional)
BASC II	Sistemi i vlerësimit të sjelljes të fëmijëve. Edicioni 2 (Behavior Assessment System for Children 2 nd Edition)
CD	Problemet e sjelljes (Conduct Disorder)
CBCL 1.5-5	Raportimi i prindërve për moshën 1.5-5 vjeç. (Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 years old)
C-TRF 1.5-5	Raportimi i edukatoreve/mësuesve për moshën 1.5-5 vjeç. (Caregiver–Teacher Report Form/C-TRF)
DSM- IV	Manuali Diagnostifikues dhe Statistikor i Crregullimeve Mendore. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DECA	Vlerësimi Devereux në fëmijërinë e hershme (Devereux Early Childhood Assessment)
MASHT	Ministria e Arsimit, Shkencës dhe Teknologjisë.
ODD	Çrregullim kundërshtues (Oppositional defiant disorder)
PDD	Problemet Pervazive të Zhvillimit (Pervasive Developmental Disorders)
PAPA	Vlerësimi psikiatrik në moshën parashkollore (Preschool Age Psychiatric Assessment)
PRS	Shkalla e vlerësimit të prindit (Parent Rating Scale)
RDC-PA	Studimi i Kritereve Diagnostike - Mosha parashkollore (Research Diagnostic Criteria – Preschool Age)
TRS	Shkalla e vlerësimit të mësuesit (Teacher Rating Scale)
SEEC	Shkalla Vineland e zhvillimit social-emocional në fëmijërinë e hershme. (Vineland Socio Emotional Early Childhood Scale)
SDH	Historia e strukturuar zhvillimore (Structured Developmental History)
SRP	Vetë-Raporti i Personalitetit (Self-Report of Personality)
SPSS 19	Paketë statistikore për Shkencat Sociale / Versioni 19. (Statistical Package for Social Sciences / Versioni 19)

SOS	Sistemi i Vëzhgimit Student (Student Observation System/SOS),
WB	Banka Botërore (World Bank)
UNICEF	Fondi për Fëmijë i Kombeve të Bashkuara (The United Nations Children's Fund)
WHO	Organizata Botërore e Shëndetësisë (World Health Organization)
ICD	Klasifikimi ndërkombëtar i sëmundjeve (International Classification of Diseases)

KAPITULLI I - Parathënie

1. Hyrje

Mosha parashkollore karakterizohet nga një zhvillim i vrullshëm në të gjitha aspektet zhvillimore të fëmijëve. Gjatë këtij zhvillimi, paraqitja e problemeve emocionale dhe të sjelljes, mund të ndodhë tek çdo fëmijë. Sipas një studimi të Achenbach, Dumenci dhe Rescorla (2003) më shumë se një në pesë fëmijë është i ekspozuar ndaj problemeve të përgjithshme të sjelljes në vlerën kufitare apo klinike, bazuar në raportimet nga prindërit.

Por, duhet thënë që jo gjithmonë përcaktimi i problemeve emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollore është i lehtë. Ekziston një dakordim midis kërkuesve në një klasifikim të problemeve të sjelljes: në problem internalizuese të cilat janë të shprehura me manifestim intrapersonal , të tilla si ankthi , depresioni dhe tërheqja (McCulloch, Wiggins, Joshi, dhe Sachdev, 2000; Campbell e të tjerë, 2000) dhe problemet externalizuese të cilat janë të shprehura me manifestim ndërpersonal , të tilla si hiperaktiviteti dhe agresioni (Achenbach, 1991; McCulloch, Wiggins, Joshi & Sachdev, 2000; Achenbach & Rescorla, 2000; Jianghong, 2004).

Trajtimi i problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë, ka marrë shumë më pak vëmendje sesa hulumtimi i këtyre problemeve tek fëmijët më të mëdhenj në moshë (Campbell, 2002; Egger & Angold, 2006). Megjithatë, për shkak të rëndësisë që ka në zhvillimin e përgjithshëm të fëmijëve, studimi i këtyre problemeve tek fëmijët e moshës parashkollore, mund të thuhet se ka pësuar një rritje të ndjeshme prej vitit 1999 e në vazhdim, si në aspektin e kërkimeve ashtu edhe në aspektin e trajtimit klinik (Carter, 2010).

Megjithatë, termi "probleme" në literaturë është përdorur me shumë kujdes për fëmijët e grupmoshës parashkollore, madje edhe me një farë skepticizmi në lidhje me vlefshmërinë e saj (Campbell, 2002). Dëshmitë për qëndrueshmërinë dhe rëndësinë e prognozave në moshën parashkollore, nuk janë shumë të forta. Po të kemi parasysh edhe faktin që kjo grupmoshë karakterizohet nga një zhvillim i vrullshëm, shpesh krijohet vështirësi në dallimin e sjelljeve që konsiderohen normale dhe atyre jonormale, apo sjellje problematike. Sidoqoftë, nga ana tjetër edhe mosdefinimi i problemeve tek moshat e hershme, mund të ketë disavantazhet e veta, duke përfshirë mosnjohjen e karakteristikave psikopatologjike dhe rrjedhimisht edhe mos ofrimin e ndihmës së duhur (Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Egger & Angold, 2006).

Viteve të fundit, për shkak të vëmendjes së veçantë për të drejtat e fëmijëve, profesionistët e shëndetit mendor janë përballur me kërkesa në rritje për të ofruar shërbime më cilësore, në të gjitha ambientet ku jetojnë fëmijët, dhe njëkohësisht edhe me nevojën që në krijimin e këtyre shërbime të mbështeten në prova nga kërkimet. Në një kohë të tillë të krijimit të politikave në praktikën e fëmijërisë së hershme, një epokë e shtyrë nga shkenca, krijimtaria, dhe pragmatizmi për zgjidhjen e problemeve në shërbim të ndërtimit të një të tashme më humane dhe të një të ardhme më premtuese për të gjithë fëmijët dhe familjet e tyre, hulumtimi dhe praktika duhet të shkojnë drejt konvergimit në mes tyre.

Në Kosovë, deri tani janë zhvilluar tre hulumtime me grupmoshën 1.5-5 vjeç, të cilat edhe pse me numër të kufizuar të pjesëmarrësve dhe të përqëndruar në kryeqytetin e Kosovës, kanë ofruar të dhëna specifike për prevalencën e këtyre problemeve. Megjithatë, duhet thënë që këto rezultate ende nuk janë shfrytëzuar si burime valide për krijimin e shërbimeve për këtë grupmoshë të fëmijëve. Hulumtimi aktual, ka në fokus fëmijët

parashkollorë që tashmë ndjekin një program edukimi pavarësisht formës së organizimit. Rezultatet e prezantuara do të vlejnjë jo vetëm si një statistikë bazike për problemet emocionale dhe të sjelljes në këtë grupmoshë, por edhe si të dhëna mjaft valide për rishikimin dhe përmirësimin e programeve të edukimit apo të shërbimeve të nevojshme për këta fëmijë.

Por, në mënyrë që të kuptuarit e problemeve emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollore të jetë sa më qartë i pasqyruar, ‘është domosdoshmëri të fillohet me një sqarim të njohurive rreth zhvillimit në këtë grupmoshë’ (Campbell, 2006:1)

1.1. Zhvillimi në moshën parashkollore: Koncepte kyçe të zhvillimit.

Zhvillimi i fëmijërisë së hershme është i definuar si "një grup i koncepteve, primeve dhe fakteve që shpjegojnë, përshkruajnë dhe marrin në konsideratë proceset e përfshira në ndryshimin nga papjekuria në pjekuri dhe funksionim" (Katz, 1996:137). Në përgjithësi, ai është konceptuar si i ndarë në pesë kategori të gjera: zhvillimin fizik, zhvillimin kognitiv, zhvillimin social, emocional dhe gjuhësor (Berk, 2000). Zhvillimi social-emocional i referohet asaj se si fëmijët ndërveprojnë me të tjerët, dhe se si i kuptojnë ndjenjat e tyre.

E konsideruar si një nga periudhat në të cilën ndodh zhvillimi më i vrullshëm dhe ndryshimet më të mëdha të individit, periudha parashkollore, periudha kur eksperiencat e kësaj moshe janë me efekte afatgjata, kur proceset komplekse janë më të lehta për tu kuptuar se si janë formuar (Vasta, Haith, Miller, 2007:24), karakterizohet nga një numër i

koncepteve kyçe që na ndihmojnë për të kuptuar natyrën e zhvillimit. Sipas Shonkoff dhe Phillips (2000), këto koncepte kyçe të zhvillimit janë:

- zhvillimi është i përcaktuar nga ndërveprimi dinamik dhe i vazhdueshëm ndërmjet trashëgimisë (biologjisë) dhe përvojës;
- fëmijët janë pjesëmarrës aktiv në zhvillimin e tyre, thjesht duke ndjekur prirjen për eksplorimin e ambientit në të cilin ndodhen;
- vetë-rregullimi është një gurthemel i fëmijërisë së hershme dhe është i lidhur ngushtësisht me të gjitha fushat e sjelljes;
- marrëdhënia njerëzore është themel i zhvillimit të shëndetshëm;
- ndryshimet individuale midis fëmijëve të vegjël, shpesh vështirësojnë dallimin në variacionet normale dhe vonesat e pjekurisë nga problemet kalimtare dhe dëmtimet e qëndrueshme;
- zhvillimi i fëmijëve shpaloset përgjatë veçorive individuale, trajektoret e të cilave janë karakterizuar nga vazhdimësi dhe ndërprerje, si dhe nga periudha të rëndësishme piku dhe tranzicioni;
- trajektorja e zhvillimit mund të ndryshojë në fëmijërinë e hershme nga ndërhyrjet efektive që ndryshojnë ekuilibrin në mes të rrezikut dhe mbrojtjes,
- eksperiencat e hershme kanë rëndësi të jashtëzakonshme, por gjithsesi zhvillimi mbetet i cënueshëm ndaj rreziqeve dhe i hapur ndaj eksperiencave mbrojtëse.

Prej lindjes deri në moshën 5 vjeçare, fëmijët karakterizohen nga një shpërthim i zhvillimit në fushën emocionale, sociale dhe aftësive rregulluese dhe gjithashtu zhvillojnë në mënyrë shumë të dukshme aftësitë e tyre njohëse dhe gjuhësore. Duke pasur gjithmonë

parasysh karakterin tërësor të zhvillimit të fëmijëve, secila prej këtyre aspekteve të zhvillimit ka rëndësi të jashtëzakonshme dhe secila prej tyre është e nevojshme të jetë e trajtuar me kujdes.

Zhvillimi i hershëm i fëmijës mund të rrezikohet seriozisht nga gjendja shoqërore apo dëmtimet emocionale. Fëmijët e vegjël janë të aftë të përjetojnë trishtim të thellë dhe të qëndrueshëm, hidhërim dhe probleme si reagim ndaj traumave, humbjeve dhe refuzimit personal. Duke marrë në konsideratë rreziqet afatshkurtra dhe afatgjata që shoqërojnë dëmtimet e hershme të shëndetit mendor, disa nga çështjet urgjente për tu trajtuar konsiderohen: mungesa e adresimit të këtyre shqetësimeve nga shumë programe të fëmijërisë së hershme si dhe mungesa e profesionistëve të fëmijërisë së hershme, ekspertëve në shëndetin mendor të fëmijëve.

1.1.1. Ndikimet në zhvillimin e fëmijëve.

Zhvillimi dhe rritja e fëmijëve, sigurisht që janë ndikuar nga teoritë e zhvillimit. Berk (2000:6) e përcakton një teori si “një grup të rregullt, të integruar të deklaratave që përshkruajnë, shpjegojnë dhe parashikojnë sjelljen”. Në përgjithësi ekzistojnë disa perspektiva të gjera teorike mbi të cilat mbështetet praktika në zhvillimin e fëmijërisë së hershme: Bihevizorizmi, Teoria e zhvillimit njohës, Teoria e të mësuarit social, Teoria social-kulturore, Teoria e zhvillimit emocional dhe psikologjik dhe Teoria e sistemeve ekologjike.

Çdo diskutim mbi bihevizorizmin nuk do të ishte i plotë pa përfshirjen e Burrhus Frederic Skinner (1904-1990). Përderisa behavioristët e parë theksuan natyrën pasive të

fëmijës, Skinner parashikoi një rol më aktiv të tij. Sipas mendimit të Skinner, është e mundur për të formësuar sjelljen e një kafshe apo sjelljen e fëmijës duke manipuluar përmes përforcimeve. ‘Ne mund të shohim rolin e përforcimeve në sjelljet foshnjore’(Skinner, 1961:418).

Sipas Skinner është rasti kur sjellja udhëhiqet nga shpërblimi dhe ndëshkimi. Bihevizorizmi vazhdon të përdoret në kontrollin e sjelljes. Ai ofroi idenë se si prindërit padashur mund të promovojnë sjelljet e padëshirueshme, të tilla si agresioni, të qarat, të bërtitur në fëmijët e tyre. Nëse, për shembull, nëna i jep fëmijës vëmendje vetëm kur ai ose ajo sillet jo mirë, atëherë përforcimi pozitiv i nënës përmes vëmendjes vetëm në këto raste, ka të ngjarë që të promovojë më shumë sjelljet që ajo nuk i dëshiron (Skinner, 1961:419). Në raste të tilla, ‘zgjidhja më e mirë do të ishte që nëna tu përgjigjet me dashuri dhe vëmendje të gjitha sjelljeve të pranueshme të fëmijës dhe asnjëherë të mos përforcojë format e bezdisshme të sjelljes’ (ibidem).

Ndërsa bihevizorizmi ofronte vërtet fakte të rëndësishme, por njëkohësisht deri diku edhe të paqarta rreth përvetësimit të modeleve të sjelljes tek fëmijët, puna e Albert Bandurës (1925 -) shqyrtoi më në detaje aspekte të veçanta të kësaj sjelljeje. Krahësuar me kolegët e tij Bandura nuk u përqëndrua vetëm në sjelljen e vrojtueshme, por parashtrroi edhe përpunimin që ndodh brenda mendjes - një konstrukt i mohuar në mënyrë specifike nga kolegët e tij. Qasja e tij në fillim u emërua socio-bihevizorizëm, më pas teoria sociale njohëse dhe së fundmi teoria e të mësuarit social.

Gjatë viteve 1960, Bandura zhvilloi një seri eksperimentesh mbi agresivitetin fëmijëror. Në këto hulumtime, ai vuri re se ishin përforcuar sjellje të veçanta agresive por pa prezencën e një përforcuesi. Bandura e quajti këtë ‘mësim vëzhgimor’ ose ‘të mësuarit

përmes vëzhgimit të të tjerëve'. Sipas Bandurës, në një farë mënyre, fëmijët kishin marrë mendërisht rolin e personit të vërtetuar çka bëri që ai të arrinte në përfundimin se fëmijët imitojnë veprimet e të tjerëve, bazuar në perceptimin e përfundimit. Teoria e Bandurës mbajti komponentët thelbësorë të bihejviorizmit: që ne mësojmë nga përfundimi apo dënimi i sjelljes, në përputhje me ligjin e efektit, por njëkohësisht ai shtoi edhe dimensionin e rëndësishëm të të mësuarit nga vëzhgimi. Të rriturit dhe të tjerët në jetën e fëmijës sigurojnë modele të sjelljeve, dhe të mësuarit përmes imitimit është shumë i zakonshëm në të gjitha fushat e zhvillimit social dhe njohës. Sipas Bandurës, përfundimi vërtet kontrollon shumë nga sjelljet tona, por jo në mënyrë të verbër, pasi efektet e tij varen shumë nga vetëdija e njeriut për marrëdhëniet mes sjelljeve dhe pasojave të këtyre sjelljeve.

Jan Piaget vëzhgoi se si fëmijët i përgjigjen situatave të caktuara duke përdorur mënyrën e tyre të arsyesimit. Ai u përpoq që të kuptonte si formohen dhe si funksionojnë strukturat njohëse ose skemat (Karaj, 2005:28) duke sugjeruar se adaptimi dhe organizimi janë përgjegjës për organizimin e strukturave kognitive. Skema është një koncept kyç i përdorur nga Piaget që përshkruan veprimet mendore dhe fizike që ndihmojnë për të kuptuar dhe ditur (Repko, 2012). Skema e ndihmon një fëmijë për të interpretuar dhe kuptuar më mirë botën rreth tij/saj . Për shembull, nëse një fëmijë është rritur në një shtëpi ku është i/e ekspozuar ndaj dhunës, fëmija mund të njohë vetëm abuzim emocional dhe pasojat që vijnë me të (Lefmann e të tjerë, 2013) .

Piazheja besonte se individi zhvillohet kognitivisht përmes formimit të strukturave njohëse më të sofistikuara në kohën që kalon përmes katër stadeve (Karaj, 2005:31). Në stadin sensomotorik (0-2 vjeç) të menduarit e fëmijës kufizohet nga eksperiencia sensoriale, sjelljet janë të kufizuara në përgjigjet motorike që janë shkaktuar nga stimujt shqisore

(Repko, 2012). Çdo gjë është e re për fëmijën dhe ai/ajo përpiqet të kuptojë se çfarë po ndodh dhe të përshtatet. Në stadin preoperacional, zhvillohet gradualisht gjuha dhe aftësia për të menduar në formë simbolike, fëmijët i mendojnë veprimet përmes logjikës duke i përdorur këto simbole në lojërat me pretendime (Repko, 2012).

Zhvillimi emocional tek fëmijët është ngushtësisht i lidhur me emrat e tre teoricienëve, Erik Erikson, John Bowlby dhe Mary Ainsworth. Erik Erikson (1902-1994), pasues i punës së Frojdit, pati influencën më të madhe në studimin e zhvillimit të fëmijës. Ai besonte se në faza të paracaktuara të jetës, ne përballemi me një krizë që duhet të zgjidhim në mënyrë që të mund të zhvillohemi në aspektin shoqëror dhe emocional. Çdo fazë ka një rezultat pozitiv, kur kriza zgjidhet në mënyrë të efektshme, ose negativ kur kriza nuk merr zgjidhje efektive dhe rezultati i fazës përcaktohet nga mjedisi dhe përvojat tona. Sipas Erikson, zgjidhja e krizës në një stad, përbën bazën për të përballuar vështirësitë në stadin tjetër (Karaj, 2005:24). Teoria e Eriksonit, përmban tetë stade të zhvillimit të individit, por për shkak të fokusit të tematikës, më poshtë janë paraqitur tre stadet e lidhura me këtë tematikë:

Stadi 1 – Besimi kundrejt mosbesimit (lindje -1.5 vjeç). Konsiderohet si stadi më i rëndësishëm, në të cilin krijimi i besimit është i lidhur ngushtësisht me mjedisin që karakterizohet nga kujdesi pozitiv dhe i dashur i nënës (apo kujdestarit/es primar/e) për fëmijën, me një theks të madh në kontaktin vizual dhe fizik. Nëse fëmija e kalon me sukses këtë periudhë të jetës, ai/ajo do të mësojë të besojë se jeta në thelb është në rregull dhe të kenë besim për të ardhmen. Në qoftë se fëmija dështon të përjetojë besimin dhe është i/e frustruar vazhdimisht, sepse nevojat nuk i janë plotësuar, mund të përfundojë me një ndjenjë të thellë mosbesimi të botës në përgjithësi. Sipas Erikson,

formimi i besimit në këtë periudhë, është një nga momentet më të rëndësishme që do të përcaktojë qëndrimin e fëmijës ndaj jetës dhe kjo varet nga marrëdhënia me prindin apo kujdestarin/en më të afërt në këtë periudhë të jetës.

Stadi 2 - Autonomia kundrejt turpit ose dyshimit (1.5 – 3 vjeç). Gjatë kësaj faze, fëmijët mësojnë të zotërojnë aftësitë për veten e tyre. Jo vetëm që mësojnë të ecin, flasin dhe ushqehen vetë, por është periudha kur fillojnë edhe të vetërregullojnë sjelljet. Në këtë fazë, është mundësia për të ndërtuar vetëbesimin dhe autonominë duke fituar më shumë kontroll mbi trupin dhe për të fituar aftësi të reja të të mësuarit të dallimit së drejtës nga e gabuara. Një nga aftësitë më të fuqishme në këtë periudhë është edhe aftësia për të përdorur shumë shpesh fjalën JO, e cila mund të jetë jo shumë e pëlqyeshme për prindërit, por zhvillon aftësitë e rëndësishme të vullnetit. Kur fëmijët gjatë kësaj periudhë, nuk lejohen të bëjnë atë që munden apo kërkohet që të bëjnë atë që nuk janë ende në gjendje ta bëjnë, ata mund të ndjejnë turp ose dyshim në aftësitë e tyre, si rrjedhim mund të zhvillohet një vetëvlerësim i ulët.

Stadi 3 – iniciativa kundrejt ndjenjës së fajit (3-5 vjeç). Gjatë kësaj periudhe fëmijët përjetojnë një dëshirë për të kopjuar të rriturit përreth dhe për të marrë iniciativën në krijimin e situatave të lojës, edhe pse shpesh pengohen nga të afërmit si përpjekje për ti mbrojtur ata. Rreth moshës tre vjeç, dhe duke vazhduar deri në moshën gjashtë vjeç, fëmijët fillojnë të planifikojnë aktivitetet, bëjnë lojra dhe të iniciojnë aktivitete me të tjerët. Nëse fëmijët inkurajohen në këtë, ata zhvillojnë iniciativën dhe ndjehen të sigurt në aftësinë e tyre për të udhëhequr të tjerët dhe për të marrë vendime. Në anën tjetër, në qoftë se kjo tendencë e tyre nuk përkrahet, pengohet, qoftë nëpërmjet kritikës ose kontrollit, fëmijët zhvillojnë ndjenjën e fajit. Ata mund të ndjehen si ‘një telash’ për të

tjerët dhe për këtë arsye do të mbeten pasiv dhe pa vetëiniciativë. Në këtë periudhë, është shumë i shëndetshëm një ekuilibër në mes të iniciativës dhe fajit.

Shprehja më e mirë dhe më e plotë e teorisë së John Bowlby (1907-1990) do të ishte: "Dashuria e nënës në fëmijërinë e hershme është po aq e rëndësishme për shëndetin mendor sa janë vitaminat dhe proteinat për shëndetin fizik" (Bowlby, 1952:158). Bowlby ishte teoricienti i parë që studioi lidhjen ndërmjet prindërve dhe fëmijëve, duke e përshkruar këtë si një "ndërlidhje të qëndrueshme psikologjike në mes të qenieve njerëzore" (Bowlby, 1969:194). Ai besonte që lidhjet e hershme të formuara nga fëmijët me kujdestarët e tyre kanë një ndikim të jashtëzakonshëm, ndikim i cili vazhdon gjatë gjithë jetës. Ai besonte se fëmijët janë të lindur me një shumëllojshmëri të sjelljeve që inkurajojnë prindërit dhe të tjerët të jenë afër tyre. Këto sjellje përfshijnë të qeshurën, gugatjet dhe të qarët. Bowlby identifikoi katër faza në zhvillimin e procesit të atashimit/lidhjes:

- Reagimi i pabazuar social (0-1 muaj): i/e sapolinduri/a preferon fytyrë njerëzore nga objekte të tjera në fushën e tij/saj vizuale. Foshnja komunikon me njerëzit, por i sheh ata të gjithë të njëjtë.
- Reagimi i bazuar social (1-7 muaj): foshnjat fillojnë të preferojnë fytyrat e kujdestarëve të tyre më tepër nga fytyrat e të huajve, megjithatë, nuk ka ende dëshmi të ankthit në ndarje.
- Formimi i lidhjeve specifike (7-24 muaj): fillojnë në 7 muajsh dhe zhvillohen plotësisht kur fëmija është 1 vjeç. 7 muajsh duket të jetë një pikë referimi jo vetëm për lidhjet specifike, por edhe të kuptuarit e vazhdimësisë së objektit (i

pari "objekt i përhershëm" është kujdestari/ja primar/e i/e foshnjës, zakonisht nëna)

- Partneriteti i qëllimit (24 muaj e tutje): fëmija kupton emocionet e njerëzve përreth, kupton që njerëzit vijnë, ikin, fillon të tolerojë ndarjet e shkurtra apo edhe të inicojë ndarje të shkurtra.

Kur diskutohen teoritë që ndikojnë në zhvillimin e fëmijës, nuk mund të lihet pa përmendur edhe teoria social kulturore e Lev Vygotsky (1896-1934). Përgjegjës për teorinë e zhvillimit social të të mësuarit, ai propozoi që ndërveprimi shoqëror ndikon thellësisht zhvillimin kognitiv (njohës). Ideja qendrore e teorisë së Vygotsky-it, është besimi i tij se zhvillimi biologjik dhe kulturor nuk ndodhin në mënyrë të izoluar (Driscoll, 1994).

Sipas Vygotsky, procesi i zhvillimit që fillon në lindje dhe vazhdon deri në vdekje, është i varur nga ndërveprimi shoqëror dhe se të mësuarit social në fakt të çon në zhvillimin kognitiv. Kjo dukuri quhet Zona e zhvillimit të përafërt. Vygotsky e përshkruan atë si “distanca mes nivelit aktual të zhvillimit siç përcaktohet nga zgjidhja e problemit të pavarur me nivelin e mundshme të zhvillimit siç përcaktohet me anë të zgjidhjes së problemit nën drejtimin e të rriturve ose në bashkëpunim me moshatarët më të aftë” (Vygotsky, 1978:86). Zona e zhvillimit të përafërt, është ura që mbush hendekun midis asaj që është e njohur dhe çfarë mund të jetë e njohur, duke pohuar se të mësuarit ndodh në këtë zonë.

Ishte Urie Bronfenbrenner (1917-2005) që krijoi Teorinë e sistemeve ekologjike dhe që besonte se fëmijët zhvillohen “brenda një sistemi kompleks të marrëdhënieve të prekura

nga nivele të shumta të mjedisit” (Berk, 2000:26). Bronfenbrenner përshkroi katër sisteme që ndikojnë në zhvillimin e fëmijës:

- (a) Mikrosistemi, që përfshin ata që janë pjesë e mjedisit të parë të fëmijës, përfshirë prindërit e fëmijës dhe kujdestarët e tjerë. Ndërveprimet midis fëmijës dhe këtyre të rriturve, ndikon zhvillimin e fëmijës.
- (b) Sistemi i dytë është Mezosistemi dhe përfshin ato sisteme që bashkëveprojnë me individët në mikrosistem, duke përfshirë kështu programet e kujdesit të fëmijëve dhe institucionet e ndryshme edukative.
- (c) Eksosistemet janë vende në të cilat fëmijët nuk kalojnë kohën, por që ende ndikojnë në zhvillimin e fëmijëve, duke përfshirë p.sh. politikat e punës së prindërve etj.
- (d) Së fundi, Makrosistemi, i cili përbëhet prej ‘vlerave, ligjeve, zakoneve dhe burimeve të një kulture të veçantë’ (Berk, 2000:29). Për shembull, besimet e një kulture për rëndësinë që ka cilësia e programeve të ofruara, ndikojnë në zhvillimin e fëmijëve.

Një sistem i pestë, Krono, u shtua më vonë për të përfshirë dimensionin e kohës dhe se si ajo lidhet në mjedisin e fëmijës. Kjo mund të përfshijë ndryshime të brendshme ose të jashtme, të tilla si ndryshimet fiziologjike ose ngjarje, të tilla si humbja e një prindi.

1.1.2. Problemet emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë.

Ekzistojnë tri perspektiva kryesore në problemet emocionale dhe të sjelljes: perspektiva klinike, empirike, dhe perspektiva edukative (Hallahan dhe Kauffman, 1997; Kauffman, 1997). Problemet emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollorë kanë qenë më shpesh të konceptuara nga një perspektivë klinike, mjekësore. Manuali diagnostik dhe statistikor i problemeve mendore (DSM IV, Ed.4; Shoqata Amerikane e Psikiatrisë, 1994; ; DSM V, Shoqata Amerikane e Psikiatrisë, 2013) ka përdorur gjykimin profesional për të identifikuar dhe për të përcaktuar diagnozat psikiatrike. DSM-IV, fokusohet në bazat psikiatrike të 'problemeve mendore', e cila është konceptuar 'si një sindromë klinikisht e rëndësishme psikologjike ose e sjelljes, apo si model që ndodh në një individ' (APA, 1994:xxi).

Qasjet empirike për problemet emocionale dhe të sjelljes, përfshijnë procedurat e analizës faktoriale për identifikimin e modeleve të sjelljes dhe në këtë mënyrë përafrojnë dhe përmirësojnë besueshmërinë dhe vlefshmërinë e sistemeve të klasifikimit klinik. Shembuj të instrumenteve të tilla përfshijnë Achenbach (1991) Lista e Sjelljeve të Fëmijëve (Child Behavior Checklist); Quay dhe Peterson (1983) Lista e rishikuar e problemeve të sjelljeve (Revised Behavior Problem Checklist); dhe Gresham dhe Elliott (1990), Sistemi i normimit të aftësive sociale (Social Skills Rating System). Këto instrumente mund të përdoren për të identifikuar nivelin e problemeve në shkallë të gjera (p.sh., externalizuese dhe internalizuese) dhe në shkallë të ngushta/empirike (p.sh., agresiviteti, sjelljet delikuede përkundrejt tërheqjes, sjelljet e papjekura etj). Një dilemë në përdorimin e këtyre skemave të klasifikimit empirik, është si të interpretohen të dhëna në të cilat

perspektivat e shumë-informantëve (p.sh., prindërit, edukatorët, mësuesit) nuk konvergojnë.

Perspektiva e fundit është ajo edukative. Në vitin 1992, Komisioni kombëtar për Shëndetin Mendor dhe Arsim Special (për më tej, shih Forness dhe Knitzer, 1992:13), propozoi një përkufizim për çrregullimin emocional ose të sjelljes (EBD), si vijon:

(i) Termi çrregullim emocional ose i sjelljes karakterizohet nga mënyrat e sjelljeve dhe reagimet emocionale të cilat dallojnë nga mosha e duhur, normat kulturore apo etnike që ndikon në punën edukative, duke përfshirë aftësitë akademike, sociale, profesionale dhe personale. Një çrregullim emocional ose i sjelljes:

(a) është më shumë se një përgjigje e përkohshme, e pritshme ndaj ngjarjeve stresuese në mjedis.

(b) është e shprehur vazhdimisht në dy mjedise të ndryshme, të paktën njëri prej tyre është i lidhur me institucionin shkollor; dhe

(c) nuk reagon nga ndërhyrja e drejtpërdrejtë në arsimin e përgjithshëm, ose gjendja e fëmijës është e tillë që ndërhyrjet arsimore janë të pamjaftueshme.

(ii) Problemet emocionale dhe të sjelljes mund të bashkë-ekzistojnë edhe me aftësi të tjera të kufizuara.

(iii) Problemet emocionale dhe të sjelljes mund të përfshijnë fëmijët apo të rinjtë me probleme emocionale, probleme ankthi, apo probleme të tjera të qëndrueshme.

Përfitimet e këtij përkufizimi të ri përfshijnë: (a) trajtimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes duke ditur që ato mund të koomorbidojnë apo të ndodhin të pavarura, (b) krijimin e një përkufizimi me bazë institucioni/shkolle që pranon se problemet që janë

prezente edhe jashtë institucionit/ shkollës janë gjithashtu të rëndësishme, (c) ndjeshmërinë tek diferencat etnike dhe kulturore, (d) pranon rëndësinë e ndërhyrjeve prereferrale, dhe (d) eliminimin e përjashtimit arbitrar (Hallahan dhe Kauffman, 1997; Webber dhe Scheuermann, 1997)

Në vendin tonë, edhe pse punohet me një qasje gjithëpërfshirëse në arsim, nuk ka një përcaktim të qartë të karakteristikave të fëmijëve me probleme emocionale dhe të sjelljes në aspektin edukativ dhe të punës arsimore.

1.1.3. Perspektiva teorike mbi problemet emocionale dhe të sjelljes.

Problemet emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollore, janë të ndikuara si nga faktorët biologjikë ashtu edhe nga faktorët e mjedisit. Trajtimi teorik i tyre mbështetet mbi modelin teorik bio-psiko-social që merr fuqishëm në konsideratë faktorët biologjikë, psikologjikë dhe socialë të cilët konvergojnë dhe influencojnë paraqitjen e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët. Ndikimi i këtyre faktorëve manifestohet sa në dallimet individuale të fëmijëve, në karakteristikat e tyre aq dhe në cilësinë e mjedisit që i rrethon.

Në një sintezë, tërësia e faktorëve të cilët ndërthuren dhe ndikojnë në shfaqjen e problemeve emocionale do të renditej kështu:

- (a) faktorët biologjikë të tilla si gjenetika, dëmtimet ose keqfunksionimet e trurit, keq-ushqyerja dhe alergjitë, temperamentit ose sëmundjet fizike;
- (b) faktorët e familjes, të tilla si përcaktimi dhe struktura familjare, ndërveprimi në familje, ndikimet familjare në suksesin apo dështimin e fëmijës dhe presionet e

jashtme që prekin familjet,

(c) faktorët e institucioneve/shkollave, të tilla si niveli i aftësive të personelit të institucionit/shkollës për të akomoduar inteligjencën e fëmijëve të ndryshëm, performanca e tyre dhe aftësitë sociale (Kauffman, 2001).

Për një periudhë të gjatë kohe, temperament i ekstrem i vështirë, është konsideruar si një faktor rreziku për problemet e mëvonshme të sjelljes (Hill, 2002). Edhe pse në nivele të moderuara dhe i pa shoqëruar me tregues të tjerë të rrezikut nga fëmija ose familja, temperament i tillë ka të ngjarë të pasqyrojë më tepër modelin e zhvillimit normativ dhe jo domosdoshmërisht nënkuptojnë rrezik për çrregullim. Sot gjithnjë e më tepër po vendoset theksi në bashkëveprimin ndërmjet faktorëve që kontribuojnë në divergimin e rezultateve për fëmijët që tregojnë probleme të hershme në të ushqyerit apo probleme emocionale dhe të sjelljes (Campbell, Shaw dhe Gilliom, 2000).

Një rifokusim i tillë i ka fillimet e veta që në 1968, kur Thomas, Chess dhe Birch zhvilluan nocionin e ‘mirësisë së përshtatjes’ (goodness of fit) si një mjet për të analizuar fillimin dhe zhvillimin e problemeve të sjelljes dhe një kornizë për trajtim dhe ndërhyrje. Mirësia e përshtatjes rezulton “kur kapacitetet e fëmijës, motivet dhe temperament i janë adekuate për të zotëruar kërkesat, pritjet dhe mundësitë e mjedisit” (Chess dhe Thomas, 1989:380). Ches, Thomas dhe Birch (1965:21), kishin theksuar: "ngjarjet në vetvete nuk mund të kenë asnjë kuptimësi zhvillimore... mjedisi është i filtruar së pari nga karakteristikat e vetë fëmijës". Natyra e përshtatjes sugjeron që stilet e ndryshme të prindërimit do të përshtaten ndryshe tek fëmijët, kështu fëmijët e ‘vështirë’ janë më kërkues

ndaj prindërve si rrjedhim strategjitë e zakonshme të prindërimit mund të mos jenë të efektshme me ta.

Kjo tendencë vazhdoi me studimet e Bell (1968, 1974) me rikonceptualizimin e procesit të socializimit si një proces interaktiv reciprok, ku edhe fëmija edhe kujdestari kërkojnë të përcjellin, të reduktojnë, të stimulojnë apo edhe shtojnë sjelljen e tjetrit. Kjo çoi në njohjen se fëmijët ndryshojnë nga njëri-tjetri në përgjigjen ndaj strategjive të prindërimit, në kapacitetin për të kontrolluar përgjigjet emocionale të tyre dhe në kapacitetin për të sjellë kënaqësi apo vuajtje për prindërit e tyre. Rothbart (1989a:195), theksoi "temperamenti i të miturit rregullon dhe rregullohet nga veprimet e të tjerëve që në orët e para".

Po ashtu, Sameroff dhe Chandler (1975) në vazhdim e vunë theksin e tyre në modelin e ndërveprimit prind - fëmijë. Në këtë mënyrë, në përcaktimin e vlerësimit dhe ndërhyrjeve të mundshme, për të gjithë llojet e problemeve emocionale dhe të sjelljes, përpjekjet u përqëndruan në ndryshimin e sjelljes së fëmijës, në ndryshimin e sjelljes së prindërve dhe në cilësinë e ndërveprimit prind – fëmijë. Duke marrë në konsideratë faktin që fëmijët nën moshën 5 vjeçare janë shumë të varur nga mjedisi dhe kujdesi ndaj tyre, theksi është vënë në identifikimin e faktorëve të rrezikut në familje dhe në kontekst më të gjerë, si cilësia në programet e fëmijërisë së hershme.

Në dekadat e fundit, ka pasur shumë spekulime në lidhje me nevojën për tu siguruar që vitet e para të fëmijëve nuk përcaktohen nga vështirësitë mjedisore, kjo për shkak të frikës nga dëmi i pakthyeshëm (Gardner dhe Shaw, 2013). Gjithnjë e më tepër studimet fokusohen në përfundimin e të dhënave për të siguruar të kundërtën. Megjithatë, sot ka pothuajse mjaftueshëm prova se ekspozimi ndaj vështirësive psiko-sociale gjatë periudhës së foshnjërisë, parashikon sjelljet e mëvonshme (Appleyard, Egeland, van Dulmen &

Sroufe, 2005; Shaw, Gilliom dhe Giovannelli, 2000). Në fakt, sipas Maag (2000), mjedisi dhe kultura janë konteksti në të cilin shpalosen sjelljet. Çdo njeri është anëtar i një familje të ngushtë, familjeje të gjerë, ose një komuniteti, të cilat ndikojnë në rritjen dhe zhvillimin e individit qoftë pozitivisht ose negativisht. Janë të rralla rastet kur një eksperiencë e vetme mund të çojë në shfaqjen ose përkeqësimin e një çrregullimi emocional, por kombinime të varfërisë, abuzimit, neglizhimit, stresit prindëror, luhatja e pritshmërive dhe rreptësia e rregullave, stili i prindërimit dhe trazirat për periudha të gjata kohore, mund ta bëjnë këtë.

1.2. Llojet e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë.

Janë një mori e shkencave të cilat tashmë e kanë vërtetuar që vitet e fëmijërisë së hershme janë shumë të rëndësishme dhe kritike në cilësinë e zhvillimit të mëvonshëm të individit. Një interes të veçantë për kërkuesit, në përcaktimin e faktorëve që ndikojnë në këtë zhvillim, është edhe studimi i së ashtuquajturës mirëqenie psikologjike, apo përshtatje social-emocionale, e cila në përgjithësi tregohet apo vlerësohet me masën e manifestimit, shfaqjes së problemeve të sjelljes (Campbell, 1995; Dearing, McCartney dhe Taylor, 2006).

Përcaktimi më i shpeshtë i problemeve të sjelljes, është ai në probleme internalizuese, të cilat janë të shprehura përmes ankthit, depresionit dhe tërheqjes dhe probleme eksternalizuese, të shprehura me hiperaktivitet dhe agresion (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2000; Dearing e të tjerë, 2006).

1.2.1. Sjelljet – problemet eksternalizuese.

Sjelljet eksternalizuese përfshijnë një grup të problemeve të sjelljeve të cilat shprehen nga fëmijët në ambientin e jashtëm (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Eisenberg e të tjerë, 2001). Në literaturë, problemet eksternalizuese përbëhen prej sjelljeve përçarëse/disruptive, hiperaktivitetit dhe sjelljeve agresive (Hinshaw, 1987), ndërkohë që Campbell (1995, 2002) i paraqet përmes sjelljeve agresive, të mosbindjes dhe hiperaktivitetit.

Duke ju referuar faktit se problemet eksternalizuese në moshën parashkollore konsiderohen si vështirësia më e përhapur e shëndetit mendor, studimi i tyre empirik ka rritur interesin dhe vëmendjen e studiuesve (Campbell, 1995). Ky interes është përforcuar edhe nga lidhmëria që ekziston ndërmjet shfaqjes së hershme të problemeve eksternalizuese dhe problemeve të sjelljeve në fëmijërinë e mesme dhe adoleshencë (Campbell, 1995; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Farrington, 1991).

Një mori e studimeve kanë treguar që në trajektoren e zhvillimit të problemeve eksternalizuese, kulmi i zhvillimit të tyre është rreth moshës 2 vjeçare dhe më pas ka një rënie me rritjen e moshës (Hartup, 1974; Tremblay, 2000). Edhe pse kjo mund ti referohet faktit që fëmijët pas kësaj moshe fitojnë aftësi më të mëdha adaptive, të cilat i ndihmojnë ata për tu sjellë më mirë dhe për ti menaxhuar situatat në mënyrë më konstruktive (Tremblay, 2000) për disa fëmijë paraqitja e këtyre problemeve eksternalizuese zgjat më shumë dhe çon në probleme më serioze (Campbell, 2002; Cummings, Ianotti, & Zahn-Waxler, 1989). Madje, disa hulumtime (Tremblay, Pihl & Vitaro, 1994; Zoccolillo, Tremblay & Vitaro, 1996) kanë zbuluar më tej se qëndrueshmëria dhe vazhdimësia e këtyre

problemeve të sjelljes mund të ndikojë negativisht në zhvillimin psikologjik, njohës dhe të sjelljes së fëmijëve, duke përfshirë arritjen e dobët akademike, delikuencën dhe problemet në sjellje. Ndërkohë studime të tjera, (Miller-Lewis e të tjerë, 2006) kanë raportuar që problemet eksternalizuese vazhdojnë të jenë prezente tek fëmijët e moshës 4 deri në 6 vjeç për shkak të karakteristikave të fëmijëve (p.sh. vështirësi temperamenti) dhe karakteristikave prindërore (p.sh. stili i prindërimit).

Problemet/Sjelljet disruptive/përçarëse.

Jo rrallë të konsideruara edhe si probleme apo sjellje eksternalizuese, sjelljet disruptive (përçarëse), përfshijnë problemet kundërshtuese dhe të vëmendjes dhe problemet korresponduese të tyre: Attention deficit hyperactivity disorder - ADHD dhe Oppositional defiant disorder- ODD (Lahey, Loeber, Quay, Frick & Grimm, 1992). Këto sjellje prezantojnë në fakt, llojin më të përhapur të problemeve të sjelljes në moshën parashkollore, dhe shumë shpesh janë të vazhdueshme dhe përkeqësuese (Campbell, 2002; Wakschlag & Danis, 2004), dhe kjo sidomos pas vitit të dytë të jetës së fëmijëve kur edhe rriten pritjet dhe kërkesat e prindërve ndaj fëmijëve.

Problemet e vëmendjes/hiperaktiviteti. [Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD].

Problemet me vëmendjen/hiperaktiviteti (ADHD, APA, 2000) si term, përdoren për të përshkruar fëmijët të cilët kanë vështirësi të theksuara dhe pamundësi për të mbajtur vëmendjen, të shprehura në një numër të konteksteve sociale të tilla si familja, institucioni parashkollor dhe grupi i bashkëmoshatarëve. Karakteristika kryesore të ADHD përfshijnë

impulsivitetin, hutimin (mungesën e vëmendjes) dhe hiperaktivitetin (Barkley, 1998). Një numër i madh i fëmijëve parashkollorë me ADHD, tregojnë edhe vështirësi të tjera, shumica prej tyre në mënyrë tipike problemet e sjelljes (Barkley, 1997; Shaw, LaCourse, & Nagin, 2005). Ky komorbiditet bart rrezikun e paraqitjes së problemeve më të rënda në adoleshencë dhe moshë madhore (Moffitt, 1990; Weiss & Hechtman, 1993).

ADHD është më e zakonshme tek djemtë sesa tek vajzat, më e zakonshme tek paraadoleshentët se tek adoleshentët dhe më e zakonshme tek fëmijët që jetojnë në zonat urbane sesa në zonat rurale (Hinshaw, 1994). Në cilësimet klinike, rreth gjysma e fëmijëve të diagnostikuar me ADHD, shfaqin komorbiditet me diagnozat e problemeve kundërshtuese (ODD) apo problemeve të sjelljes (CD) (Jensen e të tjerë, 1997).

Konsiderohet se si faktorët biologjikë ashtu edhe ata psikosocialë, kanë rolin e tyre si në etiologjinë ashtu edhe në zhvillimin e ADHD. Faktorët gjenetikë, faktorët e paralindjes dhe lindjes, lëndimi traumatik i trurit apo ekspozimi ndaj lëndëve të ndryshme helmuese (toksinave) bëjnë që fëmijët të jenë më të prekshëm për zhvillimin e ADHD (Schachar dhe Ickowicz, 2000; Schachar dhe Tannock, 2002). Ndërsa mjedisi psiko-social ndikon në shkallën në të cilën fëmijët me dobësi të tilla biologjike, mësojnë për të kontrolluar/rregulluar aktivitetin e tyre, vëmendjen dhe impulsivitetin, ose shkallën në të cilën vështirësi të tilla mund të tolerohen dhe menaxhohen nga individët e rrethit shoqëror të fëmijëve, pa shkaktuar kështu pasoja negative sociale (Hechtman, 1996; Woodward e të tjerë, 1998).

Ekziston një numër i konsiderueshëm i të dhënave mbi prevalencën e problemeve të ADHD tek fëmijët e moshës parashkollore. Lavigne, Gibbons, Christoffel e të tjerë (1996), kanë llogaritur se rreth 2% e fëmijëve të moshës parashkollore përmbushin kriteret

për ADHD, ndërkohë që Egger & Angold (2006), në studimin e tyre me fëmijët amerikanë, treguan vlerën prej 3 %. Sipas disa studimeve të mëparshme, shkalla e prevalencës në moshën parashkollore është ndërmjet 2 % dhe 18.2% (Wilens e të tjerë, 2002; Pineda e të tjerë, 1999) . Edhe pse këto vlera të prevalencës janë në përputhje me disa studime në disa vende, kjo prevalencë është e ndryshme në disa vende të tjera (Pineda e të tjerë, 1999; Baumgaertel e të tjerë, 1995; Shealy, 1994). Kështu në Gjermani, hulumtuesit kanë raportuar një prevalencë prej 9.6% në moshën pesë vjeçare (Baumgaertel e të tjerë, 1995), Shealy (1994) ka vlerësuar prevalencën ndërmjet 3.0% dhe 20.0%, në varësi të moshës, kriterëve dhe instrumenteve të përdorura për vlerësimin e ADHD. Ndërsa Polanczyk e të tjerë (2007), në një analizë metaregresive me njëqind e dy studime nga të gjitha rajonet e botës, prezantoi prevalencën e problemeve të ADHD, në vlerën prej 5.29 %. Ky vlerësim u shoqërua me ndryshueshmëri të konsiderueshme. Në modelin multivariate të metaregresionit, kriteret diagnostikuese, burimi i informacionit, kërkesa për zhvlerësim për diagnozën, dhe origjina gjeografike e studimeve janë të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me normat e prevalencës së ADHD / HD. Pozita gjeografike është e lidhur me ndryshueshmëri të konsiderueshme vetëm në mes të vlerësimeve nga Amerika e Veriut dhe Afrika dhe Lindja e Mesme. Dallime të mëdha janë gjetur në mes të Evropës dhe Amerikës së Veriut. Por gjithsesi duhet cekur se pavarësisht nivelit të lartë të prevalencës së ADHD të prezantuar nga disa studime, fëmijët parashkollorë shpesh kanë qenë të përjashtuar nga studimet mbi ADHD (Wilens, Biederman, Brown, Monuteaux e të tjerë, 2002).

Problemet kundërshtuese - Oppositional defiant disorder/ODD.

Çrregullimi kundërshtuese (Çrregullimi opozicional provokues/ODD – APA, 2000), është një çrregullim i karakterizuar nga sjelljet kundërshtuese dhe e diagnostikuar në fëmijërinë e hershme, periudhën parashkollore dhe në adoleshencë. Është një gjendje në të cilën fëmijët injorojnë apo nuk përfillin rregullat dhe kërkesat e të rriturve. Fëmijët me këtë çrregullim, janë të prirur për të fajësuar të tjerët për gabimet e tyre dhe vështirësitë që hasin. Sjelljet e tyre janë dukshëm sfiduese, të karakterizuara nga të qenit i/e pabindur, armiqësore dhe jo rrallë edhe provokative. Problemet kundërshtuese përfshijnë sjelljet kundërshtuese, zemërimin, bezdisjen, sjelljet jo të përshtatshme dhe ndonjëherë edhe agresivitetin. Fëmijët me këto probleme mund ti shprehin ato në mënyrë pasive: duke përdorur mënyra të ndryshme për të fyer, lënduar, bezdisur të tjerët, apo në mënyrë aktive: duke u përgjigjur në kërkesa apo plotësim të rregullave me ‘Jo’. Këto sjellje fëmijët i zhvillojnë kryesisht në shtëpi, por jo domosdoshmërisht edhe në situata apo ambiente të tjera, të tilla si institucioni parashkollor, shkolla apo me të rriturit e tjerë.

Në fakt për të përcaktuar një diagnozë të këtij çrregullimi, këto sjellje duhet të ndodhin më shpesh sesa janë tipike për moshën e dhënë, duhet të ndodhin për një periudhë kohe më të gjatë se gjashtë muaj dhe të pengojnë funksionimin normal të fëmijës (American Psychiatric Association, 2000; Campbell, 2002). Në fillimet e moshës parashkollore, në fakt sjelljet agresive dhe kundërshtuese kanë një frekuencë relativisht të lartë, por këto sjellje priren që të tolerohen nga prindërit për shkak të aftësive të kufizuara të fëmijëve për të kuptuar pasojat e veprimeve të tyre (Gradner & Shaw, 2008). Ndërkohë me rritjen dhe zhvillimin, sidomos në aspektin njohës edhe fëmijët fillojnë të kuptojnë veprimet e lejuara dhe respektimin e kërkesave apo rregullave, por nga ana tjetër edhe prindërit e ulin

tolerancën e tyre për sjellje të tilla të ‘papranueshme’ sidomos kur këto sjellje shfaqen jashtë ambientit të shtëpisë.

Përsa i përket dallimeve gjinore, disa studime mbështesin faktin që nuk ka dallime në shfaqjen e sjelljeve kundërshtuese ndërmjet djemve dhe vajzave nga mosha 1 deri në 3 vjeç (Achenbach, 1992; Keenan & Shaw, 1994; Richman, Stevenson, dhe Graham 1982), ndërkohë që këto dallime janë të dukshme rreth moshës 4-5 vjeçare, dhe janë djemtë ata që tregojnë vlera më të larta të shfaqjes së këtyre sjelljeve (Lavigne, Gibbons, Christoffel e të tjerë, 1996). Por këto dallime në gjini dhe në këtë grupmoshë, nuk përputhen edhe me vlerat e treguara nga Egger dhe Angold (2006).

Nëse i referohemi prevalencës së shfaqjes së ODD tek fëmijët parashkollorë, Egger & Angold (2006) në studimin e tyre krahasues, vlerësuan katër hulumtime të zhvilluara në moshën parashkollore për prevalencën e shkallëve të orientuara DSM, dhe vlerat e paraqitura janë: Angold, Egger, Erkanli, & Keeler, 6.6 %; Keenan, Shaw, Walsh, Delliquadri & Giovannelli, (1997) prezantuan vlerën prej 8 %; për Lavigne e të tjerë (1996), kjo vlerë ishte 16.8 %; dhe Earls (1982a) tregoi vlerën 4 %. Ndërkohë, Rowe e të tjerë (2005), kanë raportuar se mosha e fillimit të shfaqjes së ODD është 2.5 vjeç tek djemtë dhe 5.5 vjeç tek vajzat.

Problemet e sjelljes. [Conduct Behavior/CD].

Një analizë e kohëve të fundit, tregon se problemet e sjelljes janë të zakonshme tek fëmijët (Costello, Egger & Angold, 2005). Këto probleme janë të karakterizuara nga përsëritja dhe vazhdimësia e modeleve të sjelljes, në të cilat shkelen jo vetëm të drejtat themelore të të tjerëve por edhe normat apo rregullat shoqërore të përshtatshme për moshën. Sjelljet

karakteristike për problemet e sjelljeve, përfshijnë sjelljet agresive ndaj njerëzve apo kafshëve, shkatërrimin e pronës, mashtrimin, vjedhjen ose shkeljen serioze të rregullave (Murphy, Cowan & Sederer, 2001).

Nëse i referohemi gjinisë, problemet e sjelljes janë më të zakonshme tek djemtë sesa tek vajzat, siç edhe është verifikuar nga disa studime (Maughan, Rowe, Messer, Goodman & Meltzer, 2004). Megjithatë duhet cekur se në këtë kuadër ka një mungesë të studimeve të zhvilluara, dhe ky interesim i dobët për zhvillimin e këtyre studimeve mund të mbështetet në supozimin se zhvillimi i problemeve të sjelljes nuk është i ndikuar nga gjinia (Webster-Stratton, 1996).

Zhvillimi i problemeve të sjelljes kushtëzohet nga disa faktorë, të tillë si karakteristikat e vetë fëmijës (p.sh. temperamentit i vështirë, shpeshtësia e sjelljeve të tilla si impulsiviteti, agresiviteti, etj) dhe nga faktorë të familjes (p.sh. prindërimi, mosha e nënës, mbarëvajtja martesore etj). Prindërimi konsiderohet si një prej faktorëve që ndikon drejtpërdrejt në zhvillimin e tyre (Patterson, Reid & Dishion, 1992; Stormshak, Bierman, McMahon & Lengua, 2000). Prindërit ndërveprojnë ndryshe me djemtë dhe ndryshe me vajzat, dhe kjo vjen më tepër në pah kur bëhet fjalë për mënyrat e sjelljes, çka bën që kjo sjellje të ndikojë në zhvillimin e CD tek vajzat dhe djemtë në mënyra të ndryshme (Keenan e të tjerë, 1999). Sipas studimeve, përafërsisht 50-60% e fëmijëve që shfaqin probleme të sjelljes në shtëpi, gjithashtu shfaqin probleme të sjelljes në nivele klinike edhe në kopësht dhe në shkollë (Ramsey, Patterson & Walker, 1990).

Normat e prevalencës së CD variojnë nga 0% deri në 12% me një mesatare prej 2% (Lahey, Miller, Gordon dhe Riley, 1999). Në një analizë të studimeve epidemiologjike për fëmijët parashkollorë, Egger dhe Angold (2006) kanë raportuar se shkalla e prevalencës për

CD varionte mes 0% dhe 4.6%, ndërkohë Rowe e të tjerë (2005) raportuan se mosha e fillimit për CD është 4,5 vjet për të dy gjinitë, djemtë dhe vajzat. Megjithatë, duhet të theksohet se, në dritën e normave të prevalencës së përgjithshme, në momentin që këto probleme të sjelljes bëhen të dukshme tek vajzat, ato mbeten po aq të qëndrueshme sa edhe tek djemtë (Burke, Loeber dhe Lahey, 2002).

Edhe pse prevalenca e problemeve të sjelljes është e ulët në të dy gjinitë, këto probleme janë të qëndrueshme në kohë. Për shembull, në një studim longitudinal, Kim-Cohen e të tjerë (2005), kanë raportuar se gjysma e fëmijëve të diagnostikuar me CD në moshën pesë vjeçare u diagnostikuan sërish sipas të njëjtave kritere edhe dy vite më vonë.

Egger dhe Angold (2006), pohojnë se ka pasur polemika të konsiderueshme në lidhje me përcaktimin e diagnozave për ODD dhe CD tek fëmijët e moshës parashkollore. Këto polemika janë shtrirë në tre plane:

1) në planin zhvillimor: sjelljet agresive, të mospajtueshme, mosbindja apo kundërshtimi janë pothuajse tipike për fëmijët parashkollorë dhe si rrjedhim etiketimi i tyre si patologji do të ishte i papërshtatshëm;

2) në planin patologjik: fëmijët e vegjël nuk janë të aftë të angazhohen në disa nga sjelljet e përshkruara në kriteret për CD; dhe

3) në planin manifestues: simptomat e ODD dhe CD tek fëmijët e vegjël nuk janë klinikisht apo konceptualisht ekuivalente me shfaqjet e këtyre sjelljeve tek fëmijët më të mëdhenj në moshë.

Në dritën e këtyre polemikave, Egger dhe Angold (2006) dhe Keenan dhe Wakschlag (2004) deklaruan se ka dëshmi se simptomat e ODD dhe CD dhe kriteret diagnostikuese mund të bëjnë identifikimin e grupeve të fëmijëve me probleme klinike të sjelljes. Për

shembull, Keenan dhe Wakschlag (2004) në studimin e tyre kanë gjetur se fëmijët e moshës parashkollore, të cilët u dërguan në një klinikë për fëmijë me probleme të sjelljes, janë dalluar për normat më të larta të simptomave të ODD dhe CD nga fëmijët e tjerë jo të referuar me probleme të sjelljes.

1.2.2. Sjelljet -problemet internalizuese.

Problemet internalizuese konsiderohen sjellje të tilla si tërheqja, të qenit i shqetësuar, frenimi dhe sjelljet depressive, pra sjellje që më shumë ndikojnë në mjedisin e brendshëm psikologjik të fëmijës sesa në botën e jashtme të tij/saj. E shprehur me fjalë të tjera, ky grup i problemeve të sjelljes përfshijnë sjelljet ‘neurotike’ dhe ‘të mbikontrolluara’ (Campbell e të tjerë, 2000;. Eisenberg e të tjerë, 2001; Hinshaw, 1987)

Por gjithsesi, kjo përjasje nuk është as e përkryer e as të plotë. Kështu, problemet internalizuese të fëmijës mund të kenë një ndikim negativ mbi të tjerët, duke përfshirë prindërit, vëllezërit e motrat, shokët, edukatorët dhe individë të tjerë rreth tyre (Bayer, Sanson & Hemphill, 2006). Në mënyrë të ngjashme, problemet externalizuese, jo vetëm që mund të ndikojnë negativisht në botën e jashtme të fëmijëve, por gjithashtu këta fëmijë mund të vuajnë psikologjikisht edhe nga brenda. Në fakt, studimet tregojnë që ka rëndësi statistikore lidhmëria në mes të komorbiditetit të problemeve externalizuese dhe internalizuese (Hinshaw, 1987). Me fjalë të tjera, fëmijët të cilët janë agresive gjithashtu mund të përjetojnë edhe ankth dhe, anasjelltas, fëmijët që përjetojnë depresion gjithashtu mund të shfaqin sjellje tipike eksternalizuese.

Studime të ndryshme referojnë që edhe pse shumë më pak të studiuara, problemet internalizuese mund të shfaqen që gjatë viteve të para të jetës (Luby, Heffelfinger, Mrakotsky e të tjerë, 2003), dhe probleme të tilla janë relativisht të qëndrueshme në kohë (Bongers, Koot, Van der Ende, Verhulst, 2003; Sterba, Prinstein & Cox, 2007).

Trajektorja e problemeve internalizuese, sipas disa autorëve, e mbërrin kulmin e vet në fëmijërinë e mesme dhe në adoleshencë, ndërkohë që në periudhën parashkollore kjo trajektore është e ulët (Dekovic, Buist & Reitz, 2004; Galambos, Barker & Almeida, 2003). Sipas Luby (2000), ky nivel i ulët mund të arsyetohet me prezencën e paragjykimeve historike për fëmijët e vegjël, sipas të cilës tek ata mungon të kuptuarit e vetvetes dhe pritjet nga vetja, si rrjedhim problemet internalizuese nuk kanë terren zhvillimi.

Por gjithsesi, njohuritë e sotme për problemet internalizuese në moshën parashkollore, konfirmojnë se këto probleme shfaqen në moshën parashkollore qoftë edhe përmes formave tipike (Luby e të tjerë, 2003). Për më tepër problemet internalizuese shfaqen në moshën parashkollore madje me ritme të krahasueshme me disa probleme externalizuese (Angold, Egger, Erkanli & Keeler, 2005).

Depressioni.

Depresioni mund të zhvillohet tek fëmijët që nga fëmijëria e hershme deri moshën 14 -15 vjeçare. Depresioni karakterizohet nga ndjenja e trishtimit, humbje e interesit dhe vetmia ku dëshira për të qëndruar vetëm dhe larg të tjerëve është shumë e qartë. Edhe pse ekziston një numër i studimeve mbi problemet internalizuese tek fëmijët parashkollorë, sërish mund të thuhet se ka pak informacion në lidhje me qëndrueshmërinë dhe rrjedhën e depresionit nga fëmijët parashkollor në fëmijëri të mëvonshme dhe adoleshencë.

Prevalenca e depresionit parashkollor gjithashtu mbetet disi i paqartë për shkak të mungesës së ndryshueshmërisë klinike në diagnostikim (Stalets & Luby, 2006).

Megjithatë, në studimin e kryer nga Egger e të tjerë (2006), u raportua një shkallë prevalence prej 1.4% për çrregullimin depresiv madhor (Major Depressive Disorder), 0.7 % për depresion jo të specifikuar dhe 0.6 % për depresionin e lehtë të vazhdueshëm (dysthymia) bazuar në raportin e nënave. Studimet e mëparshme kanë treguar stabilitetin e përgjithshëm në fillimin e psikopatologjisë parashkollore, kështu Luby e të tjerë (2002) kanë raportuar se depresioni parashkollor ishte i qëndrueshëm për një periudhë 6 mujore. Kjo është veçanërisht e rëndësishme për shkak se vështirësitë e treguara gjatë periudhës parashkollore konsiderohen zakonisht si kalimtare, pavarësisht nga provat në rritje që mbështesin të kundërtën (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000). Rezultatet e reja të fituara nga një mori e studimeve tregojnë se depresioni parashkollor nuk është as i rastit e as një gjendje e paspecifikuar.

Problemet e ankthit.

Tashmë janë të njohura dhe të pranuara simptomat e ankthit për fëmijët e moshës parashkollore. Studimet e shumta epidemiologjike kanë treguar se nuk është e pazakontë për parashkollorët që të kenë frikë në përgjithësi, por ajo që vihet re më së shumti është frika nga errësira dhe frika nga kafshët (Earls, 1980; Richman, Stevenson, Graham, 1982). Më pak të shpeshta dhe në nivel më të ulët të prevalencës, shfaqen frikërat e zakonshme që përfshijnë frikën ndaj zhurmave, frikën ndaj situatave të çuditshme, frikën nga lartësitë dhe ndryshimet e papritura. Frikërat nga lëndimet fizike janë gjithashtu të shpeshta në mesin e fëmijëve parashkollorë (Spence, Rapee, McDonald e të tjerë, 2001).

Por, edhe pse disa frikëra janë normative dhe të rastit në zhvillim, tanimë është e njohur se modelet e tjera të ankthit mund të jenë shqetësuese dhe të dëmshme për fëmijët parashkollorë dhe familjet e tyre. Fëmijët me ankth janë në rrezik të rritur që të kenë probleme sociale dhe vështirësi akademike, gjithashtu kanë gjasa për t'u bërë të rritur ankthcios, sikurse kanë gjasa të zhvillimit të problemeve serioze psikike, në veçanti në keqpërdorimin e substancave, shfaqjen e depresionit etj (Creswell, & Hatton, 2007).

Mosha më e hershme e një fëmije që ka ankth konsiderohet se është 7.5 vjet (Perle e të tjerë, 2013). Ka pesë probleme të ankthit kryesore që ndodhin në sjelljet internalizuese: ankthi i ndarjes, ankthi social, ankthi i përgjithshëm, stresi postraumatik dhe problemet obsesive kompulsive (Chen, Lewis dhe Liu, 2011). Ndërkohë, ankesat somatike janë studiuar në periudhën moshore 3 apo 4 vjeçare, por ka qenë relativisht e vështirë për të gjetur moshën e fillimit të këtyre simptomave. Ankesat somatike janë dhimbje koke, të përziera me të vjella të mundshme apo dhimbje të barkut (Chen e të tjerë, 2011).

Ankthi është shpesh i shoqëruar me probleme të tjera në periudhën parashkollore. Më shpesh, problemet e ankthit bashkëndodhin me probleme të tjera të ankthit të ndjekura nga depresioni, ADHD, çrregullimi opozitar sfidues (Egger & Angold, 2006).

1.2.3. Shkaqet e paraqitjes së problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë.

Problemet emocionale dhe të sjelljes konsiderohen të jenë rezultat i një ndërveprimi të ndërlikuar të faktorëve intrapersonal dhe faktorëve ndërpersonale, duke përfshirë gjininë (Campbell, 1990), temperamentin e vështirë (Sanson e të tjerë, 1993), kompromentimin e

zhvillimit kognitiv (McGee, Partridge, Williams & Silva, 1991), si dhe deficitet në njohjet sociale dhe marrëdhëniet (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989). Po sipas Walker & Sprague (2000), arsyt pse probleme të tilla shfaqen në fëmijë të veçantë, janë zakonisht të vështira për tu identifikuar saktësisht, ndoshta për shkak të faktorëve të shumtë dhe të ndërthurur.

Por sidoqoftë, studimet e shumta gjithnjë e më tepër po qartësojnë intensitetin dhe lidhmërinë ndërmjet faktorëve shkakor dhe problemeve emocionale dhe të sjelljes. Për shembull, fëmijët që përjetojnë dhunë fizike kanë një probabilitet më të lartë për tu identifikuar me probleme emocionale apo të sjelljes (Cauce e të tjerë, 2000). Një lidhje mes faktorëve të varfërisë dhe këtyre problemeve është po ashtu e dukshme (Fondi i Fëmijëve i Mbrojtjes [CDF], 2004; Hosp & Reschly, 2002). Po sipas studimeve, për disa fëmijë, faktorët biologjikë ofrojnë shpjegimin përkatës (Forness & Kavale, 2001). Një mori e të dhënave tregojnë për lidhje pozitive midis depresionit të nënës, cilësisë së prindërimit dhe sjelljeve të fëmijëve (Lyons Ruth e të tjerë, 1993; Zahn - Waxler, Iannotti, Cummings & Denham, 1990). Stresi i paslindjes dhe gjatë periudhës së foshnjërisë është një faktor rreziku që mund të parashikojë simptoma të problemeve internalizuese tek fëmijët parashkollorë (Philipps & O'Hara, 1991).

Nga ana tjetër, struktura e familjes dhe jeta e zhvilluar në të, janë gjithashtu të lidhura me problemet e sjelljes. Kështu, familjet me një prind kanë më shumë të ngjarë që të kenë fëmijë me problemet eksternalizuese sesa familjet me të dy prindërit (Weintraub & Gringlas, 1995), sikurse edhe mosmarrëveshjet ndërmjet partnerëve (Webster - Stratton, 1989) dhe marrëdhëniet ndërmjet prindërve dhe fëmijëve (Patterson e të tjerë, 1992) konsiderohen si faktorë që mbarështojnë problemet e sjelljes.

Në një sintezë përmbledhëse, janë të paktën tre grupe të faktorëve që shkaktojnë problemet emocionale dhe të sjelljes: faktorët biologjikë (trashëgimia); faktorët familje dhe komunitet dhe faktorët institucionalë (institucionet parashkollore, shkollore).

Faktorët biologjikë (trashëgimia).

Studimet e fundit tregojnë që gjithnjë e më tepër po identifikohen shkaqe biologjike dhe gjenetike për problemet emocionale apo të sjelljes (Forness & Kavale, 2001). Hulumtimet në mënyrë shumë bindëse i referohen lidhmërisë që ekziston ndërmjet përdorimit të drogave nga nënat në periudhën e paralindjes dhe problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët. Sipas APA (2000), problemet e humorit, depresioni dhe skizofrenisë mund të kenë një themel gjenetik dhe njohja nëse arsyet biologjike janë pjesë e shkaqeve të një çrregullimi, mund të luajë rol të rëndësishëm në trajtimin e tij. Derisa hulumtuesit të vazhdojnë të gjejnë shkaqet biologjike, trajtimet mjekësore gjithnjë e më shumë do të bëhen më të disponueshme.

Mjedisi dhe komuniteti.

Mjedisi dhe komuniteti janë konteksti në të cilin fëmijët shpalosin sjelljet e tyre (Maag, 2000). Askush nuk jeton në një vakum social, gjithsecili është anëtar i një familjeje të ngushtë, një familjeje të zgjeruar ose i një rrjeti të një komuniteti. Të gjitha këto mjedise formësojnë dhe ndikojnë qoftë pozitivisht ose negativisht në rritjen dhe zhvillimin e çdo individi. Në fakt, janë të rralla rastet kur një eksperiencë e vetme negative çon në ose përkeqëson problemet emocionale, por kombinime të varfërisë, abuzimit, neglizhimit, stresi prindëror etj, gjatë periudhave të gjata kohore, mund të çojnë në apo të përkeqësojnë

seriozisht problemet emocionale dhe të sjelljes. Sipas Hosp & Reschly (2002) të jesh i/e varfër është një faktor kontribues. Të tillë janë edhe mungesa e mbikëqyrjes, disiplina e çrregullt dhe ndëshkuese, shkalla e ulët e ndërveprimeve pozitive, shkalla e lartë e ndërveprimeve negative, mungesa e interesit (Reid & Patterson , 1991). Për shembull, fëmijët prindërit e të cilëve janë të dhunshëm gjithashtu prirën të bëhen të dhunshëm (Hallahan & Kauffman, 2006; Rudo, Pauell & Dunlap, 1998). Po ashtu, fëmijët që jetojnë në varfëri duket se prezantojnë norma më të larta të problemeve emocionale dhe të sjelljeve sfiduese se sa popullata e përgjithshme (Qi & Kaiser, 2003).

Faktorët institucionalë (institucionet parashkollore, shkollore).

Sjelljet sfiduese përgjatë moshës parashkollore janë parashikues të fortë që këto sjellje do të përbëjnë më vonë një problem serioz, të tillë si agresioni, sjelljet antisociale dhe abuzimi i substancave. Pjesëmarrja në kujdesin dhe edukimin e hershëm, shpesh është i lidhur me përcaktimin dhe zbatimin e normave për të sfiduar sjelljet, sidomos në programet e cilësisë më të ulët që specifikisht nuk adresojnë nevojat socio-emocionale të zhvillimit të fëmijëve. Ndërkohë, programet cilësore të edukimit parashkollor që e vendosin theksin në zhvillimin tërësor të fëmijëve dhe kanë një përmbajtje të pasur për zhvillimin socio-emocional, mund të ndikojnë në zvogëlimin e normave të sjelljeve sfiduese dhe njëkohësisht mund të shërbejnë si një faktor mbrojtës afatgjatë për fëmijët në rrezik për të zhvilluar sjellje sfiduese.

1.3. Vlerësimi i problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë

Problemet emocionale dhe të sjelljes janë të zakonshme tek fëmijët e vegjël (Campbell, 1995), dhe mund të reflektojnë në zhvillimin e mëvonshëm të fëmijëve apo edhe në konfliktet e lidhura me moshën (Campbell, 1990). Për shumicën e fëmijëve këto probleme konsiderohen të përkohshme, ndërkohë që studiuesit mendojnë se është një përqindje relativisht e konsiderueshme e fëmijëve që priren ti prezantojnë probleme të tilla edhe në vitet e mëvonshme të jetës (Campbell, Pierce, Moore dhe të tjerë, 1996; Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000).

Duke pasur në konsideratë që një numër i madh i hulumtimeve i lidhin problemet emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollorë me ndikimet negative në vitet e mëvonshme të jetës (Campbell, 1995; Ogden, 2002; Miller-Lewis e të tjerë, 2006; Campbell e të tjerë, 2000; King, Iacono, & McGue, 2004; McGee, Partridge, Williams, & Silva, 1991), është domosdoshmëri identifikimi i fëmijëve që prezantojnë nivele kritike të këtyre problemeve sa më shpejt që të jetë e mundur, në mënyrë që të krijohet mundësia e planifikimit dhe zbatimit të ndërhyrjeve të duhura (Campbell, 1990; DuPaul & Stoner, 1994; Van Lier, Verhulst, Van der Ende & Crijnen, 2003). Po ashtu, janë të rëndësishme për tu zbuluar edhe të dhëna rreth karakteristikave të sjelljeve, lidhmëritë e mundshme mes tyre (bashkëparaqitja), ndryshimet në gjini apo ndikueshmëria dhe lidhmëritë me faktorë të tjerë demografikë.

Sipas Eron (1990), pa ndërhyrje ose programe të hershme, problemet e sjelljes të tilla si sjelljet agresive, sjelljet kundërshtuese tek fëmijët e vegjël, mund të bëhen modele të

kristalizuara të sjelljeve rreth moshës 8 vjeçare, duke krijuar tendencën e fillimit të një trajektoreje të problemeve me arritshmërinë në shkollë, braktisjen e shkollës, përdorimin e substancave, sjelljet delikuate, abuzimin dhe dhunën (Snyder, 2001).

1.3.1. *Vlerësimi i problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë në Kosovë.*

Në vendin tonë janë zhvilluar dy hulumtime në të cilat janë vlerësuar problemet emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve parashkollorë. Të dy këto hulumtime janë zhvilluar me fëmijë të grupmoshës 1.5-5 vjeç, të cilët kanë qenë vijues të një programi edukativ parashkollor. Hulumtimet kanë qenë të fokusuara në qytetin e Prishtinës. Kanë qenë pikërisht këto studime, të cilat njëkohësisht kanë shërbyer edhe për të bërë standardizimin e instrumenteve të ASEBA-s për grupmoshën e fëmijëve 1.5-5 vjeç. Në studimin e saj, Jetishi (2010), me qëllim të hulumtimit të prevalencës, karakteristikave dhe shpërndarjes së çrregullimeve emocionale dhe të sjelljes, përfshiu 360 fëmijë (187 djem dhe 173 vajza) 1.5-5 vjeçarë, që ishin pjesë e institucioneve parashkollore të qytetit të Prishtinës. Duke përdorur formën për prindër CBCL 1.5-5, gjetjet rezultuan me vlerat prej 5.3 % të fëmijëve në kufij të paraqitjes së çrregullimeve emocionale edhe të sjelljes, dhe 7.2 % të paraqitjes së këtyre çrregullimeve në shkallën klinike. Në të dy rastet, edhe në kufi të paraqitjes së çrregullimeve edhe në shkallën klinike, nuk janë gjetur ndryshime të vlefshme ndërmjet djemve dhe vajzave. Përsa i përket grupmoshave, me rritjen e moshës është e dukshme rritja e numrit të fëmijëve që kanë paraqitur këto çrregullime në të dy nivelet.

Hulumtimi tjetër ka përfshirë po fëmijët e kësaj grupmoshe, por të dhënat për ta janë mbledhur prej edukatoreve parashkollore. Të dhënat nga 322 fëmijë, nga të cilët 167 djem dhe 155 vajza, janë përdorur në hulumtimin e Rescorla e të tjerë (2012) në të cilin janë testuar efektet e shoqërisë në vlerësimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes për 10.521 fëmijë të moshës 1.5 deri në 5 vjeç në 15 shoqëri. Nga ky studim, fëmijët kosovarë, sipas vlerësimit të edukatoreve parashkollore kanë treguar vlerat më të larta krahasuar me vendet e tjera pjesëmarrëse si Austria, Kina, Danimarka, Gjermania, Irani, Portugalia, Rumania, Hollanda, Serbia, Shtetet e Bashkuara të Amerikës, Lituania, Islanda, Italia dhe Kili, si në problemet internalizuese, problemet eksternalizuese dhe problemet totale. Të dhënat nga ky hulumtim kanë vlejtur edhe si të dhëna primare në procesin e standardizimit të pyetësorit CTRF për kontekstin kosovar.

1.3.2. Diagnostifikimi i fëmijëve parashkollorë me psikopatologji. A duhet bërë?

Studimi shkencor i psikopatologjisë fëmijërore mund të datohet në fillim të viteve 1900. Për një kohë të gjatë, fëmijët nuk konsideroheshin shumë ndryshe nga të rriturit në aspektin e nevojave dhe aftësive të tyre, ata janë konsideruar thjesht si të rritur në miniaturë. Në vitet 1800 dhe fillim të viteve 1900, zhvillimet e ndodhura bënë që fëmijët të jenë më në fokus (Ollendick & Hersen, 1998), duke kontribuar që edhe klasifikimi i problemeve të fëmijërisë të ndryshonte në masë të madhe, veçanërisht në 30 vitet e fundit. Megjithatë, duke filluar me DSM-III dhe DSM IV dhe duke vazhduar me DSM V, tani kemi kategori diagnostike specifike për fëmijët.

Megjithatë, fakti i vlerësimit të fëmijëve parashkollorë me probleme psikiatrike, ka pasur kundërshtarët e vet ashtu sikurse edhe përkrahësit. Bazuar në shqyrtimin e literaturës duke u fokusuar në fëmijët e moshës parashkollore, Egger dhe Angold (2006:314) arritën në përfundimin se "këto të dhëna sugjerojnë se për të kuptuar me të vërtetë 'fillimin e hershëm' të problemeve psikiatrike, ne duhet të fillojmë jo më vonë se vitet parashkollore" dhe kjo për disa arsye:

- (a) për faktin që kjo periudhë e moshës karakterizohet nga një zhvillim i vrullshëm në të gjitha aspektet e zhvillimit, duke përfshirë edhe atë emocional, çka krijon vështirësi për të identifikuar simptoma valide dhe të besueshme;
- (b) fëmijët ndryshojnë në nivelin dhe ritmin e tyre të zhvillimit, si rrjedhim do të ishte i papërshtatshëm identifikimi si simptoma apo probleme, i sjelljeve që mund të dalin në pah në periudha të ndryshme tek fëmijë të ndryshëm;
- (c) sistemet kryesore të vlerësimit (p.sh. DSM dhe Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve - ICD) janë të pandjeshëm ndaj variacioneve zhvillimore të fëmijëve parashkollorë
- (d) etiketimi si 'me çrregullim' do të ndikonte në perceptimin e fëmijës për veten dhe gjithashtu edhe në perceptimin e prindërve apo edukatoreve për fëmijën;
- (e) sjelljet problematike tek fëmijët shumë të vegjël nuk janë vendosur 'tek fëmijët', por më tepër në marrëdhëniet mes prindërve dhe fëmijëve dhe mjedisit më të gjerë.

Por sidoqoftë, këto arsye apo faktorë kanë qëndruar deri në përcaktimin, krijimin e nosologjisë (degë e mjekësisë që merret me trajtimin sistematik të sëmundjeve) për problemet psikiatrike për fëmijët më të rritur. Ndërkohë, operacionalizimi i kritereve për

problemet specifike psikiatrike me nën-llojet e problemeve dhe zhvillimi i instrumenteve të besueshëm dhe validë për matjen e këtyre kriterëve, provuan që janë mjaft të rëndësishme në demonstrimin e vlefshmërisë së problemeve psikiatrike edhe tek fëmijët parashkollorë (ose grupimeve simptomë), duke përfshirë edhe depresionin. Kjo ka bërë që tashmë të merren parasysh edhe aspektet fiziologjike, nervore, gjenetike dhe mjedisore, lidhmëria e tyre me këto probleme dhe përgjigjet e mundshme për trajtim.

1.3.3. Përdorimi i instrumenteve vlerësuese në këtë grupmoshë.

Një nga arsyt kryesore është identifikimi i fëmijëve të cilët tregojnë shenja të mundshme për zhvillim të mëvonshëm, ose probleme emocionale dhe të sjelljes. Megjithatë, instrumentet shqyrtuese dhe vlerësuese jo gjithmonë konfirmojnë ekzistencën e një vonese në zhvillim, ose çrregullim, ose probleme por gjithsesi përcaktojnë, identifikojnë cilët fëmijë kanë nevojë për një vlerësim të mëtejshëm psikiatrik.

Arsyet për vlerësimin mund të përfshijnë planifikimin e ndërhyrjeve terapeutike dhe arsimore, rishikimin me qëllim përmirësimin e programeve të ndryshme parashkollore, monitorimin e vazhdueshëm të zhvillimit të fëmijëve, monitorimin dhe vlerësimin e të arriturave, përpjekjet për parandalim etj. Vlerësimi duhet të jetë në gjendje të marrë parasysh variacionet e mundshme që lidhen me përkatësinë etnike, me familjen, gjininë, grupmoshën, statusin social etj.

Vitet e moshës parashkollore paraqesin një dritare të rëndësishme të trajtimit të problemeve emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve. Krahasuar me moshën shkollore, periudha parashkollore ofron më tepër fleksibilitet, një mjedis më pak të strukturuar ku

edukatorët mund të kalojnë kohë duke u përpjekur për të adresuar sjelljet problematike të fëmijëve. Po ashtu, prindërit zakonisht janë më të përfshirë në këtë periudhë të rritjes së fëmijëve të tyre dhe ka më shumë gjasa për ta që të punojnë së bashku me edukatorët për të adresuar vështirësitë e sjelljes së fëmijëve. Gjithashtu ka dëshmi se gati të gjithë fëmijët parashkollorë, mësojnë me dëshirë, kanë besim në aftësitë e tyre dhe janë të etur për të ditur më tepër (Stipek & Ryan, 1997).

Si rrjedhim, adresimi dhe trajtimi i problemeve emocionale dhe të sjelljes në këtë periudhë, para se të fillojë shkollimi formal, mund ti ndihmojë fëmijët që të ruajnë dhe të kultivojnë edhe më tej këto ndjenja pozitive për shkollën dhe të mësuarit. Tashmë, disa prej studimeve kanë treguar që pasi fëmijët të hyjnë në shkollën fillore, bëhet gjithnjë e më e vështirë për t'u marrë me problemet e ndryshme emotive dhe sjelljet negative. Pritjet dhe kërkesat ndaj fëmijëve dhe përqëndrimi në arritshmërinë akademike çon në më pak fleksibilitet.

Po ashtu, një numër shumë i madh i studimeve kanë argumentuar lidhmërinë që ekziston në mes të problemeve emocionale dhe të sjelljes dhe zhvillimit të mëvonshëm të individit, dhe duke pasur parasysh këtë ndikim të madh dhe kryesisht negativ, është e rëndësishme për të ndërhyrë sa më shpejt të jetë e mundur. Evidencat empirike mbështesin idenë se ndërhyrjet e hershme kanë më shumë të ngjarë të kenë sukses (Dishion & Patterson, 1992; McMahon, 1994; Webster-Stratton, 1993), sidomos kur këto ndërhyrje bëhen kur problemet emocionale dhe të sjelljes paraqiten për herë të parë, çka kërkon identifikimin me shumë kujdes të tyre nga ana e prindërve, kujdestarëve apo edukatoreve (Herrera & Little, 2005)

1.3.4. *Instrumentet vlerësues për zhvillimin social-emocional dhe sjelljen.*

Për të dalluar nivelet e problemeve që janë tipike për fëmijët parashkollorë nga nivelet ekstreme që janë të mjaftueshme për tu quajtur klinike, është domosdoshmëri jo vetëm përdorimi i instrumenteve që sigurojnë informacion nga një listë sa më e plotë e sjelljeve të fëmijëve, por gjithashtu kërkohet edhe nivel i lartë i përfaqësimit të mostrës përkatëse. Nevojat e studimit, kanë sjellë përdorimin e një morie të instrumenteve vlerësuese, gjë që ka rezultuar edhe me përsosjen dhe shtrirjen e tyre.

Instrumentet e vlerësimit përfshijnë instrumentet që adresojnë zhvillimin e tërësishëm të fëmijëve, dhe ato që fokusohen vetëm në zhvillimin social-emocional të tyre. Disa prej këtyre të fundit, duhet të administrohen nga profesionistë, të tilla si: BASC II; Early Coping Inventory; Functional Emotional Assessment Scale; Vineland SEEC, ndërkohë që disa mund të plotësohen nga anëtarët e familjes ose kujdestarët e tjerë të fëmijëve, të tilla si: ASEBA; DECA; ASQ:SE; Shkalla e sjelljes së fëmijëve parashkollorë (Preschool and Kindergarten Behavior Scales –Ed. 2 /PBKS-2) etj.

Më poshtë po ofrojmë informacionet bazë për disa nga instrumentet vlerësuese më të përdorura për moshën parashkollore.

1.3.5. *Achenbach System of Empirically Based Assessment – Preschool Module*

(ASEBA) CBCL/ 1.5-5 dhe C-TRF/ 1.5-5 T. M. Achenbach and L. A.

Rescorla (www.aseba.org)

Instrumenti CBCL/1.5-5 është një rishikim i CBCL/2-3 [Achenbach et al, 1987;.

Achenbach, 1992]; ndërsa C-TRF për moshat 1.5-5 është një rishikim i C-TRF/1.5-5

[Achenbach, 1997]. CBCL/1.5-5 dhe C-TRF janë komponente të sistemit të vlerësimit Achenbach me bazë empirike. Instrumentet ASEBA konsiderohen se kanë përfutur vëmendjen ndërkombëtare dhe kanë ndikuar në vendosjen e standardeve ndërkombëtare për vlerësimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes. Instrumentet ASEBA janë përdorur në mbi 6500 studime dhe janë përkthyer në më shumë se 80 gjuhë¹.

Karakteristikat qendrore të instrumenteve ASEBA përfshijnë:

- (a) vlerësimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes;
- (b) profilet e pikëve të derivuara statistikisht;
- (c) sindromat e bazuara empirikisht;
- (c) profilet e pikëve në shkallët e orientimit DSM;
- (d) normat sipas moshës dhe gjinisë bazuar në mostrat kombëtare të probabilitetit;
- (e) krahasimin sistematik të shkallëzimit nga informatorët e shumtë; dhe
- (f) rezultatet për problemet internalizuese, externalizuese dhe të totalit.

Megjithëse hulumtimet ASEBA janë fokusuar kryesisht tek fëmijët e moshës shkollore dhe adoleshentët, janë më shumë se 200 studime të cilat kanë përdorur format e ASEBA për moshën parashkollore (Bérubé dhe Achenbach, 2005). Si forma për prindër CBCL ashtu edhe forma për edukatore C-TRF për moshën parashkollore, kanë gjetur një përdorim të gjerë në hulumtime, duke i bërë këto forma mjaft të vlefshme në përdorimin e tyre si në vlerësimin paraprak të problemeve emocionale dhe të sjelljes, ashtu edhe në vlerësimin pas programeve të ndryshme të trajtimit. Shumë studime tashmë kanë treguar që ekziston një lidhmëri pozitive ndërmjet shkallëve të ASEBE-s dhe efekteve të trajtimeve (Blair, 2002).

¹ Webpage of Achenbach Systems of Empirically Based Assessment. <http://aseba.com/> 2009

Ndërkohë disavantazhet përfshijnë: përqëndrimin në problemet; është relativisht i gjatë si instrument shqyrtimi dhe vlerësimi; nuk është e përshtatshme për përdorim tek fëmijët më të vegjël se 1.5 vjeç.

1.3.6. Sistemi i Vlerësimit të Sjelljes-Edicioni i dytë. BASC-2

BASC-2 (Reynolds & Kamphaus, 2004) është një instrument gjithëpërfshirës që ofron informacion në lidhje me sjelljet e fëmijëve dhe emocionet e tyre. Ajo përbëhet nga shkallët e vlerësimit dhe forma, të tilla si Shkalla e vlerësimit të prindit (Parent Rating Scales/PRS), Shkalla e vlerësimit të mësuesit (Teacher Rating Scales/TRS), Vetë-Raporti i Personalitetit (Self-Report of Personality/SRP), Sistemi i Vëzhgimit Student (Student Observation System/SOS), dhe Historia e strukturuar zhvillimore (Structured Developmental History/SDH). TRS, PRS, dhe SOS përdoren për të vlerësuar modelet e sjelljes së fëmijëve ndërsa SRP mund të përdoret për të vlerësuar emocionet e fëmijës dhe ndjenjat. SDH zakonisht përdoret për të siguruar informata për historinë e zhvillimit të fëmijës.

BASC-2 mund të përdoret në moshën 2 deri 21 vjeç. PRS mat problemet adaptive dhe të sjelljes në ambientin e shtëpisë, ndërsa TRS mat problemet adaptive dhe të sjelljes në institucionin parashkollor. Për PRS, (e cila ka 134 deri 160 artikuj), prindërit ose kujdestarët shënojnë frekuencën e sjelljes së fëmijës sipas katër niveleve të shkallës, nga ‘nuk ndodh asnjëherë’ në ‘pothuajse ndodh gjithmonë’. Ka tre forma sipas moshës, për parashkollore 1.5-5 vjeç; për fëmijë 6-11 vjeç dhe për adoleshent 12-21 vjeç.

TRS përfshin nga 100 deri në 139 artikuj për të tre format sipas moshave. Edukatorët dhe mësuesit po ashtu mund të vlerësojnë sjelljet specifike të fëmijëve sipas katër

niveleve të shkallëzimit. Të dyja format, PRS dhe TRS komponojnë shkallët që përfshijnë Aftësitë Adaptive (Adaptive Skills); Indeksën e simptomave të sjelljes (Behavioral Symptoms Index); Problemet eksternalizuese (Externalizing Problems); dhe Problemet internalizuese (Internalizing Problems).

*1.3.7. Vlerësimi Devereux në fëmijërinë e hershme. [Early Devereux
Childhood Assessment. DECA]*

Me autorë P. LeBuffe dhe J. Naglieri, DECA konsiderohet një instrument për vlerësimin e faktorëve mbrojtës dhe shqetësimeve të sjelljes për fëmijët e moshës 1.5-5 vjet. Faktorët mbrojtës përfshijnë, inisiativën, vetëkontrollin dhe atashimin. DECA u projektua për të identifikuar fëmijët që kanë probleme të sjelljes dhe për të zhvilluar plane të intervenimit të bazuara në profilet e faktorëve mbrojtës dhe shqetësimet individuale të sjelljes.

Përbëhet nga 37 artikuj: 27 artikuj mbi faktorët mbrojtës dhe 10 artikuj mbi shqetësimet e sjelljes. Sjelljet janë renditur në shkallët: ndodhin ‘kurrë’, ‘rrallë’, ‘herë pas here’, ‘shpesh’ ose ‘shumë shpesh’ gjatë katër muajve të fundit të aktiviteteve të fëmijëve. DECA është një instrument lehtësisht i përdorshëm, që plotësohet për rreth 10 minuta, dhe nuk kërkon përgatitje specifike.

Bazuar në besimin se qëllimi kryesor i vlerësimit është që të drejtojë shërbime efektive për fëmijët, DECA është zhvilluar gjatë një periudhe dy-vjeçare (1996-1998) si pjesë e një programi gjithëpërfshirës për të nxitur zhvillimin e shëndetshëm social dhe emocional të fëmijëve. E plotësuar nga prindërit, kujdestarët apo profesionistët në fëmijërinë e hershme (edukatorët parashkollore dhe ofruesit e kujdesit të fëmijëve), DECA vlerëson frekuencën e 27 sjelljeve pozitive të ekspozuara nga fëmijët parashkollorë. Artikujt tipikë përfshijnë

‘zgjedh të bëjë detyrat që janë sfiduese për të’, ‘tregon durim’ dhe ‘kërkon të rriturit për të luajtur me të apo lexuar asaj/atij’. Këto artikuj, janë nxjerrë nga literatura dhe grupet e fokusit të realizuara me prindërit dhe profesionistët e fëmijërisë së hershme. DECA gjithashtu përmban edhe 10-artikuj mbi shqetësimet e sjelljes.

Tre qëllimet kryesore të DECA-s janë:

- 1 identifikimin e fëmijëve të cilët i kanë faktorët mbrojtës të ulët në mënyrë që të pëcaktohen strategjitë me bazë në klasë ose në shtëpi duke çuar në forcimin e këtyre aftësive;
- 2 të gjenerojë profilet që tregojnë pikat e forta relative të të gjithë fëmijëve në mënyrë që strategjitë mësimore që zhvillohen në klasë të mund të ndërtohen mbi këto pika të forta për të lehtësuar rritjen e shëndetshme sociale dhe emocionale të të gjithë fëmijëve;
- 3 të identifikojë fëmijët të cilët mund të shfaqin shqetësime të sjelljes në mënyrë që këto të mund të adresohen para se të bëhen më të qëndrueshme dhe ndoshta të zhvillohen në probleme të sjelljes.

Analiza shpjeguese faktoriale e standardizimit të artikujve prodhoi një seri të shkallëve që ishin në përputhje me hulumtimet e botuara për faktorët mbrojtës. Një zgjidhje e tre-faktorëve u përshtat më së miri me të dhënat, dhe mbështetur në përmbajtjen e tre faktorëve, shkallët u etiketuan si:

- Iniciativa, e cila mat aftësinë e fëmijës për të përdorur mendim të pavarur dhe veprim për të përmbushur nevojat e tij ose të saj.

- Vetë-kontrolli, i cili vlerëson aftësinë e fëmijës për të përjetuar një gamë të ndjenjave dhe ti shprehë ato duke përdorur fjalët dhe veprimet që shoqëria e konsideron të përshtatshme.
- Atashimi, një masë e një marrëdhënie të ndërsjellë, të fortë dhe afatgjatë midis një fëmije dhe të rrituri të rëndësishëm.

1.3.8. *Shkalla Vineland e zhvillimit socio-emocional në fëmijërinë e hershme.*

[Social-Emotional Early Childhood Scales. SEEC]

E zhvilluar nga S. S. Sparrow, D. A. Balla, and D. V. Cicchetti (www.agsnet.com), shkalla SEEC VINELAND vlerëson funksionimin socio-emocional të fëmijëve nga lindja deri 5 vjet e 11 muaj. Tre shkallë, të kombinuara në një, janë përdorur për të vlerësuar aftësinë e fëmijës për vëmendje, për të kuptuarit e shprehjeve emocionale, për bashkëpunimin me të tjerët, dhe për ndërtimin e marrëdhënieve, të respektit, dhe të zhvillimit të sjelljeve vetë-rregulluese. Të tre shkallët janë: marrëdhëniet ndërpersonale (44 artikuj), loja dhe koha e lirë (44 artikuj) dhe aftësitë përshtatëse (34 artikuj). Ky vlerësim është administruar nga një intervistë gjysmë strukturuar e përbërë nga 122 artikuj që janë shënuar si ‘zakonisht e kryen’, ‘nganjëherë ose pjesërisht kryen’, ‘kurrë nuk kryen’, ‘asnjë mundësi për fëmijën për të kryer’, ose ‘nuk e di nëse fëmija e kryen’.

1.3.9. *Shkalla e sjelljes së fëmijëve parashkollorë (Merrell, 2002)*

[Preschool and Kindergarten Behaviour Scales- Second Edition (PKBS-2)]

PKBS-2 është përdorur për të vlerësuar aftësitë sociale të fëmijëve, problemet e sjelljes në shtëpi dhe në institucion. PKBS-2 është një grup pyetjesh të standardizuara që janë të

normuara, të projektuara për prindërit dhe edukatorët e fëmijëve të moshës 3 deri në 6 vjet. Përmban 76 artikuj në dy shkallë të veçanta në të cilat prindërit dhe edukatorët vlerësojnë fëmijën. Shkalla e aftësive sociale përfshin 34 artikuj që masin sjelljet pozitive sociale në tre nënshkallë: bashkëpunimi social, ndërveprim social dhe pavarësia sociale.

Shkalla e problemeve të sjelljes përfshin 42 artikuj që masin problemet emocionale externalizuese (tre nënshkallët e para) dhe internalizuese (dy nënshkallët e tjera) në pesë nënshkallë: (a) egocentrik/shpërthyes; (b) probleme me vëmendje/tepër aktiv; (c) sjellje asociale/agresive; (d) të qenit i tërhequr; dhe (e) ankthi/ probleme trupore (somatike). Sjelljet janë vlerësuar që ndodhin "kurrë", "rrallë", "nganjëherë", apo "shpesh" duke u mbështetur në raportimin e prindit dhe edukatoreve për të përcaktuar se sa e vërtetë është çdo artikull për atë fëmijë aktualisht ose gjatë tre muajve të fundit. Rezultatet në shkallë të përgjithshme janë konvertuar në pikët standarde dhe përqindje. Rezultatet në nënshkallë janë konvertuar në nivelet funksionale, dhe rezultatet e problemeve Externalizuese dhe Internalizuese në shkallën e problemeve të sjelljes, janë konvertuar në përqindje.

1.3.10. Sistemet shumëfishe të klasifikimit.

Ekzistojnë qasje dhe taksonomi të ndryshme për identifikimin e fëmijëve të vegjël ‘në rrezik’, ‘problematic’ ose ‘klinik’ në zhvillimin e problemeve emocionale dhe sjelljes. Zakonisht këto probleme tek fëmijët e vegjël, janë vlerësuar sipas dimensioneve, me kufij në përcaktimin e ekstremeve në shpërndarjen e sjelljeve dhe emocioneve normative dhe veçorive të temperamentit. Në modelet e tilla, ekstremet e problemeve ose veçoritë e temperamentit janë parë më tepër si faktorë të rrezikut për zhvillimin e psikopatologjive të

mëvonshme se si manifestim i çrregullimit psikiatrik të ngjajshme me ato të shfaqura në periudhat e mëvonshme të jetës.

1.3.11. *Diagnozat DSM.*

Një nga mënyrat më të zakonshme për përcaktimet diagnostikuese për psikopatologjitë në moshën parashkollore është përdorimi i American Psychiatric Association's (1994) *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV/2000, DSM-V/2013), të pamodifikuara ose të modifikuara për të qenë të përshtatshme në aspektin zhvillimor për fëmijët e vegjël, (the Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003)), ose Klasifikimin Diagnostik 0–3 (ICD:0–3), një sistem alternativ për klasifikimin e problemeve të shëndetit mendor tek fëmijët e vegjël (Zero to Three, 1994, 2005).

Sistemi ose Klasifikimi Diagnostik 0–3 (ICD:0–3), ka tendencën për të vënë theksin më shumë në aspektet e marrëdhënies prind-fëmijë se sa në problemet emocionale dhe sjelljet e vetë fëmijës. Po ashtu, për një mori të problemeve si depresioni, fëmijët janë diagnostifikuar duke përdorur kriteret dhe kategoritë për të rritur me shumë pak modifikime, ndërkohë që një nga kategoritë e para specifike diagnostike për fëmijët shumë të vegjël ka qenë autizmi foshnjor (Kanner, 1943). Në fakt, dëshmitë për vlefshmërinë e Klasifikimit Diagnostik 0–3, duke përfshirë stabilitetin dhe, në disa raste, edhe lidhjet me probleme të mëvonshme të të njëjtit emërtim (p.sh., infantile "anorexia"; Chatoor & Ganiban, 2004) nuk janë të forta.

Por sidoqoftë, këto qasje kategorike, synojnë të identifikojnë sindromat klinike të karakterizuara nga ashpërsia, përhapja, këmbëngulja dhe dëmtimi, që janë, në vetvete

‘probleme’ në fillimet e tyre dhe jo thjesht faktorë të rrezikut për problemet e mëvonshme. Në fakt, asnjë nga këto qasje nuk është superiore mbi të tjerat. Secila ofron një hapësirë të veçantë në të kuptuarit e fenomenit të sjelljes problematike dhe problemeve emocionale tek fëmijët parashkollorë.

Përparimet e fundit në këtë fushë përfshijnë edhe Research Diagnostic Criteria – për moshën parashkollorë (RDC-PA), i cili ka tentuar të modifikojë kriteret e DSM me qëllim që të jenë të përshtatshme për parashkollorët (Task Forca për Kërkimet e Kriereve Diagnostike, 2003), si dhe vlerësimi psikiatrik i fëmijëve parashkollorë (PAPA; Egger & Angold, 2004), e cila realizohet përmes intervistës me prindër për fëmijët e moshës 1.5-5 vjeç. Megjithatë, edhe për këto sisteme mbetet ende sfidë të kuptuarit dhe domethënia e ndryshimeve të shpejta të problemeve emocionale dhe të sjelljes edhe brenda vetë grupmoshës parashkollorë, si dhe brenda një mjedisi të caktuar kulturor apo familjar.

1.3.12. DSM-Oriented Scales/Shkallët e orientuara .

Në përgjithsi, nga mjekët dhe studiuesit pritet që të vlerësojnë problemet e fëmijëve në kategoritë diagnostikuese. Për këtë arsye, gjithmonë ka ekzistuar nevoja për të lidhur vlerësimin e bazuar empirik me kategori të tilla. Për plotësimin e kësaj nevoje, për të parë lidhmërinë e artikujve të CBCL/1.5-5 dhe C-TRF/1.5-5 me kategoritë diagnostifikuese të DSM, Achenbach e të tjerë (2000), ndërtuan shkallët orientuese DSM, të cilat janë:

- Problemet afektive;
- Problemet e ankthit;
- Çrregullimi kundërshtues
- Problemet me vëmendjen/hiperaktiviteti dhe

- Çrregullimi pervaziv i zhvillimit.

1.4. Pse është i rëndësishëm ky hulumtim.

Fëmijëria e hershme për momentin në Kosovë nuk konsiderohet si një segment me prioritet. Llojet dhe numri i shërbimeve shëndetësore dhe edukative në fëmijërinë e hershme janë shumë të pakta krahasuar me cilindo vend të rajonit apo edhe më gjerë. Rregjistrimi i popullsisë në 2011 (ASK, 2013:12), tregoi se 11.2 % e popullsisë janë fëmijë prej 0 deri në 6 vjeç, një nga shifrat më të larta në rajon. Por, nëse i referohemi raportit të zhvilluar nga Brito e të tjerë (UNICEF, 2011:23), Kosova paraqet shifrat më të ulta në rajon në investimin në kujdesin shëndetësor, duke qenë pak mbi pragun prej 3%. Të njëjtën gjë mund ta themi edhe për investimin në fushën e edukimit (2011:24), e cila edhe pse konsiderohet të jetë pak më e lartë se investimet në shëndetësi, është më e ulta krahasuar me vendet e tjera të rajonit. Gjithashtu vlera prej vetëm 6.2 % për mbrojtjen sociale (2011:25), e vendos Kosovën ndër vendet ku fëmijëria e hershme mund të konsiderohet pa frikë, emergjencë.

Zhvillimi i hulumtimeve epidemiologjike për problemet emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë në Kosovë, është i rëndësishëm jo vetëm për të përcaktuar prevalencën e këtyre problemeve, por edhe lidhmërinë e ndryshoreve demografike me këto probleme si dhe për të krijuar bazament shkencor për përcaktimin e ndërhyrjeve të nevojshme kuruese dhe përmirësimit të programeve edukative të fokusuara në zhvillimin socio-emocional të fëmijëve.

Përveç kësaj, ky studim ka shqyrtuar lidhmërinë ndër-informuese midis prindërve dhe edukatoreve parashkollore në Kosovë. Është fakt i pakundërshtueshëm që Kosova përballlet me ndryshime të mëdha në strukturën e saj sociale. E njohur si një shoqëri kolektiviste, pas luftës në Kosovë, shoqëria ka filluar të lëvizë drejt një shoqërie individualiste. Zhvendosja e popullatës drejt qyteteve po shoqërohet nga ndryshime të tjera shoqërore. Në këtë ‘valë’ të zhvendosjeve, po zgjerohet hendeku kulturor midis qyteteve dhe fshatrave (Shahini & Landsman, 2008). Me njohurinë tonë, kjo lidhmëri ndërmjet informatave nga prindërit dhe edukatorët parashkollore, nuk ka qenë e studiuar në vendin tonë deri tani, dhe për këtë shkak, rezultatet e këtij hulumtimi mund të kenë implikime të rëndësishme në të kuptuarit multikulturor të psikopatologjive tek fëmijët parashkollorë. Njëkohësisht edhe të ofrojë informacion për ndryshimet e mundshme në perceptimin prindëror dhe të edukatoreve rreth profileve të përcaktuara tashmë për sjelljet e fëmijëve.

Meqenëse popullatë e hulumtimit tonë janë fëmijët që vijojnë një program edukativo-arsimor, përcaktimi i shenjave të problemeve emocionale dhe të sjelljes është mëse i nevojshëm. Duke marrë në konsideratë faktin e pakundërshtueshëm që fëmijëria e hershme është pika e përbashkët në të cilën kontribuojnë njëherësh shumë aktorë dhe institucione, është grup mosha në të cilën hidhen themelet e individëve të ardhshëm të shoqërisë, rezultatet e këtij studimi pritet të ndikojnë në krijimin e programeve të përbashkëta që do të rrisin ndikimin pozitiv në zhvillimin optimal të këtyre fëmijëve. Çka është shumë e rëndësishme, këto programe mund të orientohen edhe në kategori mjaft specifike si prindërit, rritja e njohurive të të cilëve për zhvillimin dhe shëndetin mendor të fëmijëve, do të sjellë ndikimin më të madh të mundshëm në angazhimin e tyre në këtë zhvillim.

Megjithëse mostra ideale për të përgjithësuar rezultatet e hulumtimit për gjithë popullatën, do të duhej të shkëputej nga e gjithë popullata e fëmijëve 1.5-5 vjeçarë, edhe zgjedhja e rastësishme nga popullata e fëmijëve që janë pjesë e kujdesit primar, është gjithashtu e pranueshme, meqenëse shkalla e çrregullimit psikiatrik tek fëmijët më të mëdhenj dhe adoleshentët është gjetur të jetë e ngjashme me prevalencën e përgjithshme të popullsisë përkatëse (Costello e të tjerë, 1988; Horwitz, Leaf, Leventhal, Forsyth dhe Speechley, 1992). Është shumë bindëse që e njëjta do të jetë e vërtetë për moshën parashkollore. Kjo na bën të besojmë që prevalenca e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek mostra me fëmijë 1.5-5 vjeçarë, të vlejë për të gjithë popullatën përkatëse.

Dhe në fund, por jo nga rëndësia, prezantimi i niveleve të prevalencës për fëmijët parashkollorë të institucioneve parashkollore edukativo arsimore, do të ndihmonte edhe nivelin politikbërës për rritjen e vetëdijes për përmirësimin e shërbimeve aktuale dhe shtimin e shërbimeve të ofruara në këtë moshë.

1.5. Limitet e hulumtimit

Ky hulumtim karakterizohet nga disa limite:

- Fëmijët që janë në fokus të këtij hulumtimi, pavarësisht numrit të konsiderueshëm janë përfitues të shërbimeve edukative që ofrohen në Kosovë. Ky fakt e zvogëlon mundësinë e të kuptuarit tonë nëse këto probleme të sjelljes së fëmijëve të kopshteve iu referohen të gjithë fëmijëve 1.5-5 vjeçarë të Kosovës. Por gjithsesi, informacioni i përfituar është i dobishëm në identifikimin e nevojave për programe të edukimit të hershëm.
- Ky hulumtim ka pasur si burim kryesor të mbledhjes së të dhënave formën e raportimit nga edukatorët parashkollore dhe nga prindërit apo kujdestarët primarë të fëmijëve 1.5-5 vjeçarë. Kjo natyrë e mbledhjes së të dhënave rrit riskun e sigurimit të objektivitetit të informacionit të ofruar, për disa arsye. E para mund të jetë niveli profesional i edukatoreve dhe të kuptuarit e përmbajtjes së artikujve të pyetësorit, si rrjedhim në plotësimin me objektivitet të përgjigjeve përkatëse për to. Një tjetër arsye mund të jetë niveli i objektivitetit të informacionit të ofruar nga prindërit në plotësimin e pyetësorëve për fëmijët e tyre, që është kushtëzuar si nga faktorët personalë si shëndeti emocional, niveli i arsimimit, etj.
- Limiti tjetër ka të bëjë me përkatësinë gjinore të pjesëmarrësve në hulumtim. Së pari, meqenëse në sistemin tonë parashkollor nuk ka asnjë edukator mashkull, edukatorët parashkollore pjesëmarrës në hulumtim ishin të gjitha femra. Nga ana tjetër, prindërit që morën pjesë në hulumtim përmes plotësimit të pyetësorit përkatës, ishin ose 639 ose 84.6 % nëna (femra) dhe 116 ose 15.4 % meshkuj

(baballarët). Kjo mund të arsyetohet me të kuptuarit e konceptit të përgjegjësive familjare, dhe në kulturën tonë janë nënat ato që kanë ‘përgjegjësi’ për përkujdesjen ndaj fëmijës.

KAPITULLI II - Rishikimi i literaturës

2.1. Studimet mbi prevalencën e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë.

Prevalenca aktuale e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë, është vështirë të përcaktohet me siguri, për shkak se normat prevalente të prezantuara në literaturë ndryshojnë në masë të madhe (Sourander, 2001). Megjithatë, sipas disa studimeve, prevalenca e problemeve emocionale dhe të sjelljes në këtë moshë, është në rritje (Webster-Stratton & Hammond, 1997).

Lavigne e të tjerë (1996), në një hulumtim të kryer për një periudhë 5-vjeçare me rreth 500 fëmijë të moshës 2-5 vjeç, kanë konstatuar se 21% e fëmijëve përmbushin kriteret për të pasur një diagnozë çrregullimi, ndërkohë që 9% e tyre konsiderohen me çrregullim të rëndë të zhvillimit social-emocional. Ndërkohë, prezantimi i prevalencës së këtyre problemeve në grupmoshën 2-3 vjeçare, varion nga 1% në 12 % në studime të ndryshme (Jenkins e të tjerë, 1980; Larson e të tjerë, 1988; Sourander, 2001; Uljas e të tjerë, 1999).

Luk me kolegë (1991) në hulumtimin e tyre raportuan se rreth 5% deri në 14 % e fëmijëve parashkollorë, paraqesin nivele nga të moderuara në të rënda të problemeve emocionale. Campbell (1995), përcaktoi se rreth 10-15 % e fëmijëve parashkollorë paraqesin nivele të lehta në të moderuara të problemeve të sjelljes. Ndërkohë, studimi longitudinal mbi fëmijërinë e hershme, zbuloi se 10% e fëmijëve parashkollorë fillojnë shkollën duke pasur probleme të sjelljes (West, Denton, & Germino-Hausken, 2000).

Roberts e të tjerë (1998) në studimin e tyre meta-analitik, përfshinë 52 studime të veçanta të dizajnuara për të vlerësuar prevalencën e problemeve psikiatrike tek fëmijët dhe adoleshentët. Normat e prevalencës të gjetura për të gjitha grupmoshat, ishin nga 1% në 51%. Prevalenca mesatare për fëmijët parashkollorë u gjet të ishte 10.2%.

Stanger e të tjerë (1997), në një hulumtim longitudinal, me 1139 fëmijë të moshës 4-18 vjeçare, u fokusuan vetëm në problemet eksternalizuese, duke e zhvilluar pyetësin pesë herë për një periudhë dy-vjeçare. Rezultati tregoi që në këto probleme, ka një rënie në paraqitjen e tyre nga mosha 4 vjeçare deri në moshën 10 vjeçare, dhe ishin djemtë ata që patën rezultate më të larta se vajzat në të gjitha moshat. Këto rezultate, në fakt, ishin në kundërshtim me rezultatet nga studimet e tjera (Campbell, 1995; Richman e të tjerë, 1982; Keiley e të tjerë, 2000) sipas të cilave nuk ka dallime në gjini në këto probleme tek fëmijët e moshës parashkollorë.

Sidoqoftë, vlerësimet e prevalencës së fëmijëve parashkollorë që vuajnë nga probleme të rënda emocionale dhe të sjelljes ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme në varësi të studimeve të cituara. Në përmbledhjen në vijim, këto vlerësime variojnë nga 5% në 26%: 7% (15% i lehtë) nga Richman e të tjerë, (1975, London); 11% nga Earls (1980, Amerikë-komuniteti rural); 11.8% nga Gould e të tjerë, (1980- Shtetet e Bashkuara); 26% nga Verhulst e të tjerë (1985- Gjermani); 14.1% nga Cornely dhe Bromet (1986- Islanda); 16.5% nga Offord e të tjerë, (1987- Ontario Kanada); nga 9% në 13% nga Friedman e të tjerë (1996 dhe 1998); Costello e të tjerë, (1988), Bird e të tjerë, (1989- Puerto Rico), Costello (1989), Velez e të tjerë, (1989- New York), Esser e të tjerë (1990), McGee e të tjerë, (1990), nga 9.5% në 14.2% (Brauner & Stephens, 2006).

Nga një grup tjetër i studimeve, prevalenca e fëmijëve me probleme të sjelljes, vlerësohet të jetë ndërmjet 7% dhe 25 % (Earls, 1980; Earls e të tjerë, 1982; Earls & Richman, 1980a; Earls & Richman, 1980b; Jenkins, Bax, & Hart, 1980; Koot & Verhulst, 1991; Richman, 1977; Richman, Stevenson, & Graham, 1982; Richman e të tjerë, 1974; Stevenson, Richman, & Graham, 1985; Thomas, Byrne, Offord & Boyle, 1991). Studimi i zhvilluar në Kosovë, (Jetishi, 2010) prezantoi vlerën prej 7.2%.

Ndërkohë, vlerat e prevalencës së problemeve emocionale për fëmijët e grupmoshës 0-3 vjeç të paraqitura nga Skovgaard (2010), nga hulumtimet që kanë përdorur si instrument pyetësorin për prindër-CBCL 1.5/5, luhaten nga 7.8 % në hulumtimin e zhvilluar nga Koot & Verhulst (1991) në 12-16 % në hulumtimin e zhvilluar nga Briggs, Gowan e të tjerë (2001). Në mesin e këtyre hulumtimeve, hulumtimi nga Lavigne e të tjerë (1996), është i vetmi që i raporton në mënyrë shumë të qartë problemet emocionale dhe të sjelljes për fëmijët e moshës 2-3 vjeçare. Vlerat e prezantuara janë 13.6 % për fëmijët e moshës 2 vjeçare dhe 26.5 % për fëmijët e moshës 3 vjeçare.

Nga vlerat e prezantuara, është e dukshme një shpërndarje e gjerë e tyre, dhe një nga arsytet për këtë gjerësi të normave të prevalencës janë qasjet e ndryshme në vlerësimin e psikopatologjive tek fëmijët. Ka dy qasje kryesore (Ferdinand e të tjerë, 2004), qasja klinike kategorike dhe qasja sasiore dimensionale. Në qasjen klinike, kategoritë DSM ose diagnozat ICD vendosen kryesisht përmes intervistës klinike. Në të kundërt, në qasjen sasiore dimensionale, përdoren rezultatet kuantitative për psikopatologjitë që rrjedhin nga shkallët vlerësuese dhe lista e kontrollit të simptomave. Një arsye tjetër është se sjelljet problematike, shqetësuese që shfaqen nga fëmijët parashkollorë, në pjesën më të madhe dallojnë në nivelin e shfaqjes së tyre nga sjelljet tipike për këtë grupmoshë. Sjelljet e

fëmijëve përgjithësisht konsiderohen si problematike kur përmbajnë tepër agresivitet, hiperaktivitet, gjendje shqetësimi, mungesë përqëndrimi, kokëfortësi, kundërshtim apo hutim, por në fakt këto sjellje janë mjaft të zakonshme nëse i referohemi ritmit normal të zhvillimit të fëmijëve (Campbell, 2002; Wakschlag e të tjerë, 2007).

Vlerat e prevalencës së raportuar nga studime të shumta, janë shqetësuese sepse problemet emocionale dhe të sjelljes që janë prezente në moshën parashkollore, mbeten relativisht të qëndrueshme dhe parashikojnë jo vetëm probleme në shkollë, por edhe probleme serioze shëndetësore dhe të sjelljes në vitet e mëvonshme të jetës (Duncan, Brooks-Gunn, dhe Klebanov, 1994; Stormont, 2002). Campbell, (1995) tregoi që problemet në moshën parashkollore vazhdojnë edhe në adoleshencë, duke përfshirë idenë e vetëvrasjes, depresionin, ankthin dhe delikuencën. Ndërkohë që Moffitt (1990) me studimin e tij tregoi që adoleshentët me probleme relativisht serioze në adoleshencën e hershme, shpesh kanë një histori të problemeve të sjelljes që ka filluar në vitet parashkollore.

Besimi se këto lloje të problemeve janë dukuri kalimtare sigurisht që nuk është më i qëndrueshëm (Campbell, 1995; Richman & Stevenson, 1982). Në mbështetje të kësaj është konstatuar se 50% deri 75% e fëmijëve parashkollorë me probleme të rënda të sjelljes vazhdojnë të kenë këto vështirësi deri në 7 vite më vonë (Campbell & Ewing, 1990; Marakovitz & Campbell, 1998; Speltz, McClellan, DeKlyen, & Jones, 1999). Ndërkohë, studimet mbështesin idenë se parashikuesit më të mirë të problemeve të sjelljes në moshën e rritur janë nivelet e larta të problemeve të sjelljes në fëmijëri (Campbell, 1995; Miller Lewis e të tjerë, 2006), të tilla si arritja e ulët shkollore, sjelljet josociale, abuzimi me substanca, krimi (Caspi, Plaku, & Bem, 1987; McGee, Partridge, Williams, & Silva, 1991).

Këto vlera të prevalencës dhe stabiliteti i problemeve të sjelljes në moshën parashkollore, kanë intriguar interesin e vendeve të ndryshme për ofrimin e ndërhyrjeve të hershme, sidomos para fillimit të shkollës nga këta fëmijë (US, Shërbimi i Shëndetit Publik, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000; Simpson e të tjerë, 2001). Mundësitë më të mëdha që këto ndërhyrje të jenë të suksesshme janë në ambientet e para në të cilat janë këta fëmijë, duke filluar nga familja, përmes ofrimit të programeve të prindërimit me fokus në zhvillimin socio-emocional, pastaj institucionet parashkollore pavarësisht mënyrës së organizimit të tyre, përmes zhvillimit të programeve edukative me përmbajtje të pasur dhe stimuluese në zhvillimin socio-emocional të fëmijëve.

2.2. Fillimi, moshë dhe gjinia në prezantimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollore.

Prezantimi dhe njohja e ritmeve të rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve në periudhën parashkollore, është mjaft i rëndësishëm dhe me implikime të shumta për vlerësimin dhe trajtimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes. Identifikimi dhe diagnostikimi i mbështetur drejtpërdrejt në sjelljen e vëzhguar të fëmijëve në grupmoshën 0-2 vjeç, duke u fokusuar kryesisht në vlerësimin e niveleve të rrezikut dhe niveleve klinike, e ka vënë theksin në faktorët që mund të kompromentojnë prindërimin si depresioni, përkrahja sociale, prindër të rinj; (Shaw, Dishion, Supplee e të tjerë, 2006), si edhe në faktorët që mund të kompromentojnë zhvillimin e trurit tek fëmijët, të tilla si lindja e parakohshme, përdorimi i drogës nga prindërit etj. Duhet cekur se prezenca e problemeve emocionale dhe

të sjelljes është gjetur edhe tek fëmijët një vjeçarë, me një prevalencë prej 4.5% (Briggs-Gowan, Carter, Skuban, & Horwitz 2001).

Viteve të fundit, është shtuar interesi i studiuesve për të gjetur trajektoret e zhvillimit të problemeve eksternalizuese dhe internalizuese në fëmijërinë e hershme. Këto përpjekje rrjedhin nga dëshmitë se problemet emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollore paraprijnë psikopatologjitë në fëmijërinë e mesme dhe më tutje (Caspi, Moffitt, Newman, & Silva, 1998; Hofstra, Van der Ende, & Verhulst, 2002; Mesman & Koot, 2001). Duke përcaktuar se kur dhe si fëmijët nisin të kenë mosfunksionime kronike, shpresa dhe tendenca e studiuesve qëndron në zhvillimin e ndërhyrjeve më të hershme dhe më efektive.

Në studimin e tyre, Erol e të tjerë (2005) me një mostër prej 633 fëmijëve 2-3 vjeçarë, treguan nivelin prej 11.9% në nivelin klinik dhe 18.6% në kufi të nivelit klinik. Vajzat treguan nivele më të larta të ankthit/depresionit se sa djemtë, ndërsa fëmijët dy-vjeçarë treguan nivele më të larta të ankesave trupore se sa fëmijët tre-vjeçarë. Në vlerësimin e problemeve totale, as gjinia dhe as mosha e fëmijëve nuk rezultuan të kenë lidhmëri apo ndikim. I njëjti rezultat, përse i përket ndryshimeve në gjini, u prezantua edhe në studimin me 360 fëmijët 1.5-5 vjeçarë të Prishtinës, Kosovë (Jetishi, 2010), sipas të cilit nuk ka dallime gjinore në vlerësimin e problemeve totale.

Këto probleme, janë treguar të jenë më në rritje rreth moshës 3 vjeçare. Ndërsa disa studime vënë në dukje se një numër i konsiderueshëm i fëmijëve do ti kapërcejnë këto probleme gjatë rritjes, studime të tjera longitudinale sugjerojnë se 50-60% e fëmijëve që tregojnë nivele të larta të sjelljeve përçarëse në moshën 3-4 vjeç, do të vazhdojnë ti kenë këto probleme edhe në moshën shkollore (Campbell, Szumowski, Ewing e të tjerë, 1982; Campbell, Pierce, Moore e të tjerë, 1996; Campbell, Shaw & Gilliom, 2000).

Si në fillimet ashtu edhe gjatë viteve të moshës parashkollore, ndryshimet në gjini nuk janë aq shumë të dukshme dhe prezente sa tek fëmijët më të mëdhenj. Sjelljet disruptive/përçarëse të djemve dalin më në pah në vitet e fundit të moshës parashkollore, dhe disa studime edhe e mbështesin mungesën e ndryshimeve nga mosha 1 deri në 3 vjeç (Achenbach, 1992; Keenan & Shaw, 1994; Richman, Stevenson, & Graham, 1982). Sipas disa studimeve të tjera, është mosha 4 deri në 5 vjeçare kur këto dallime në gjininë e fëmijëve bëhen më prezente (Lavigne, Gibbons, Christoffel e të tjerë, 1996; Rose, Rose & Feldman, 1989).

Nëse i referohemi Duncan, & Magnuson (2009²), paraqitja e problemeve internalizuese edhe eksternalizuese do të dukej si në figurën në vazhdim:

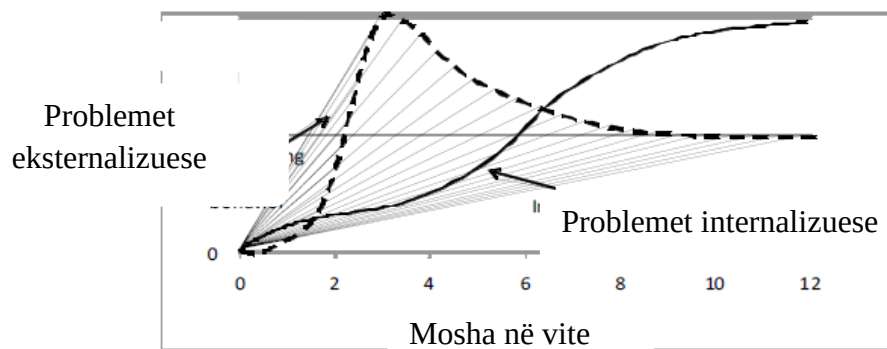


Figura 1. Problemet internalizuese dhe eksternalizuese përgjatë moshës sipas Duncan & Magnuson.

² E lejuar për tu cituar nga: Greg J. Duncan, & Katherine Magnuson (2009). Paper presented at the conference “Rethinking the Role of Neighborhoods and Families on Schools and School Outcomes for American Children. Faqe 9. (Përmes e-mailit, në 30 Korrik 2013)

Sipas të njëjtit burim (f. 9), problemet internalizuese rriten gjatë rrjedhës së fëmijërisë, duke sugjeruar se ankthi mund të jetë relativisht konstant me kalimin e kohës, edhe pse merr forma të ndryshme në mosha të ndryshme. Sipas Bongers e të tjerë (2003), sjelljet depressive, po ashtu, rriten me kalimin e kohës, më shumë tek vajzat se sa tek djemtë. Studiues të tjerë (Colder, Mott & Berman 2002), kanë gjetur se, simptomat internalizuese rriten mesatarisht nga mosha 4 deri në 8 vjeç. Keiley e të tjerë (2003), arrijnë në përfundimin se simptomat janë mesatarisht të qëndrueshme në periudhën moshore nga 5 deri në 13 vjeç. Kurse, Gazelle dhe Ladd (2003) kanë gjetur se simptomat internalizuese fillojnë e zvogëlohen nga mosha 6 në 10 vjeç.

Disa teoricienë pohojnë se fëmijët e të dy gjinive, edhe djemtë edhe vajzat përjetojnë probleme të ngjashme internalizuese përgjatë fëmijërisë së hershme dhe të mesme (Keenan & Shaw, 1997; Rudolph, 2002). Edhe pse në përgjithsi, studimet që kanë analizuar këto trajektore të sjelljeve internalizuese duke ju referuar gjinisë, janë të pakta, në dy prej tyre gjetjet ishin që trajektoret për të dy gjinitë ishin të ngjajshme (Brendgen, Vitaro, Bukowski, Doyle & Markiewicz, 2001; Colder e të tjerë, 2002).

Në studimin e kryer me fëmijët kosovarë 2-5 vjeçarë (Jetishi 2010), vlerat e problemeve eksternalizuese për djemtë ishin 9.9 % ndërsa për vajzat 9.4%. Ndërkohë vlerat e problemeve internalizuese u prezantuan të ishin 9.6 % për djem dhe 10.7 % për vajzat.

Ndërkohë, sjelljet agresive dhe forma të tjera të sjelljeve eksternalizuese, e mbërrijnë kulmin në vitet parashkollore dhe vitet e para të shkollës, meqenëse fëmijët e përdorin agresivitetin si një mënyrë për të kontrolluar mjedisin e tyre, për të kompensuar aftësitë e tyre të komunikimit. Me rritjen e aftësive të fëmijëve për të komunikuar, për vetë-rregullim dhe për të zgjidhur probleme në mënyrë efektive, sjelljet e tyre agresive zvogëlohen.

Në fakt, është një tendencë e përgjithshme e studimeve fokusimi në sjelljet eksternalizuese, ndoshta për faktin që sjellje të tilla janë më të shprehura, më të dukshme, lehtësisht më të vëzhgueshme dhe janë pjesë e shumicës së sjelljeve të përditshme të fëmijëve parashkollorë. Me interes janë gjetjet nga një numër i konsiderueshëm i studimeve të lidhura me këto sjellje eksternalizuese dhe dallimet në mes gjinive të fëmijëve. Një grup i studimeve tregojnë që djemtë kanë prirjen, tendencën për të shfaqur më tepër probleme eksternalizuese se sa vajzat (Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 1993; Sanson, Oberklaid, Pedlow, & Prior, 1991), por kjo tendencë bëhet më prezente rreth moshës 4 vjeçare (Keenan & Shaw 1997).

Ndërkohë, Maccoby (1998), thekson se ndryshimet mes djemve dhe vajzave në problemet eksternalizuese, tashmë janë mirë të dokumentuara, edhe pse duhet thënë se këto probleme janë studiuar shumë pak tek vajzat. Pyetjes se në cilën moshë paraqiten dallimet në këto probleme, Keenan and Shaw (1997; 2003) përmes hulumtimeve të tyre, iu përgjigjën që këto dallime nuk janë të dukshme deri rreth moshës 2 vjeçare, por pastaj shfaqen më dukshëm në moshën parashkollore. Ishin dy hipoteza që ata propozuan për këto ndryshime: e para vajzat mund të jenë më të prirura në aspektin shoqëror më tepër drejt sjelljeve internalizuese sesa kundrejt atyre eksternalizuese, dhe e dyta vajzat kanë një ritëm të rritjes dhe maturimit më të shpejtë se sa djemtë, si rrjedhim ato mund të përfitojnë më shpejt aftësi adaptive dhe të kontrolluarit të sjelljes së tyre sesa djemtë.

Këto dallime të rëndësishme në trajektoret e zhvillimit ndërmjet djemve dhe vajzave, sugjerojnë nevojën për ta konsideruar gjininë e fëmijës si një karakteristikë të rëndësishme për variacionet e rezultateve të sjelljeve eksternalizuese (Keane & Calkins, 2004).

Studimet ofrojnë disa faktorë që mund të ndikojnë në zhvillimin e sjelljeve eksternalizuese

në fillimet e moshës parashkollore, të tilla si aftësitë gjuhësore (Stansbury & Zimmerman, 1999), ndërkombëtarizimi i rregullave sociale (Kochanska, Murray dhe Coy, 1997), dhe ndjeshmëria/empatia (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner & Chapman, 1992).

Përsa i përket korrelacionit ndërmjet problemeve eksternalizuese dhe atyre internalizuese, disa studime kanë treguar vlera të rëndësishme statistikore të këtij korrelacioni (Achenbach & Rescorla, 2000; Mesman, Bongers, & Koot, 2001). Achenbach dhe Rescorla (2000), gjetën vlera korrelative pozitive ndërmjet sjelljeve internalizuese dhe eksternalizuese në mostrën kombëtare amerikane, duke sugjeruar që fëmijët kanë tendencën për të shfaqur të njëjtat vlera në të dy llojet e problemeve. Megjithatë, Achenbach dhe Rescorla theksuan se, pavarësisht marrëdhënieve pozitive midis problemeve internalizuese dhe problemeve externalizuese, disa fëmijë kanë manifestuar probleme kryesisht internalizuese, ndërsa të tjerët ato externalizuese. Duke marrë parasysh ndërveprimin në mes të këtyre dy llojeve të problemeve, por edhe faktin që fëmijëria e hershme është periudha kur këto probleme hedhin rrënjë, studime të tjera të mëtutjeshme janë të nevojshme për të hulumtuar parashikueshmërinë e paraqitjes së tyre.

Por gjithsesi, zhvillimi i vrullshëm që karakterizon periudhën nga lindja deri në 5 vjeç, si dhe variacioni i këtij zhvillimi, krijon vështirësi në saktësimin e asaj se çfarë është sjellje normale dhe e pranueshme dhe çfarë jo, duke kërkuar shumë kujdes në përdorimin e sistemeve vlerësuese dhe diagnostikuese. Kështu, sjelljet e konsideruara normative dhe të pranueshme përgjatë një faze zhvillimore, mund të konsiderohen të papërshtatshme ose edhe patologjike në një fazë tjetër zhvillimi (Barr, 2000), dhe po të kemi parasysh edhe faktorët kulturorë në interpretimin e këtyre sjelljeve, duhet bërë kujdes i madh në ruajtjen dhe sigurimin e validitetit dhe besueshmërisë së instrumenteve vlerësues.

2.3. Vlerësimi shumë-informativ: përdorimi i CBCL 1.5-5 dhe C-TRF 1.5-5.

Është mëse e natyrshme që fëmijët të sillen ndryshe në ambiente të ndryshme. Kjo bën që shpesh herë ata të mos i shfaqin edhe simptomat e mundshme të problemeve emocionale dhe të sjelljes ashtu siç janë të prezantuara në manualin për klasifikimin e diagnozave (Rescorla e të tjerë, 2007). Për këtë arsye, shpesh është më e rekomandueshme dhe e nevojshme që informacioni për sjelljet e fëmijëve të mbledhet nga më tepër se një burim pranë fëmijës.

Lewis (1990), ofroi dy argumente për vlerësimin nga shumë informues kur është fjala për psikopatologjinë e fëmijëve: e para është se çdo burim i informatave është i ndikuar nga paragjykime të caktuara dhe këto paragjykime mund të priren për të anuluar njëri-tjetrin kur përdoren burime të shumta, dhe e dyta modelet e psikopatologjisë së fëmijëve duhet të përbëhen nga burime të shumta të informacionit. Përfshirja e më shumë burimeve të informacionit në vlerësimin e këtyre problemeve, shmang paragjykimet nga informuesit dhe gjithashtu ofron një përmirësim të vlerave parashikuese (Verhulst, Koot, & Van der Still, 1994).

Duke marrë parasysh rëndësinë e madhe që ka prindi (familja) në zhvillimin e shëndetshëm të fëmijës, dhe po ashtu edhe faktin që edukatorët parashkollorë janë pranë fëmijëve një pjesë të konsiderueshme të ditës, të dy palët konsiderohen si burime relevante të informacioneve për gjendjen emocionale dhe sjelljet e fëmijëve. Touliatos dhe Lindholm (1981), i shohin prindërit dhe edukatorët e fëmijëve si burime shumë të rëndësishme të identifikimit të problemeve emocionale dhe të sjelljes në moshën parashkollorë. Po ashtu, shumë studime kanë rekomanduar që në vlerësimin e prevalencës së këtyre problemeve tek

fëmijët parashkollorë, të shfrytëzohen të dy burimet (Kaiser & Hancock, 2004; Kumpulainen e të tjerë, 1999).

Në fakt, kur një sjellje konsiderohet si problematike, kjo mund të pasqyrojë një aspekt të perceptimit prindëror apo perceptimit të kujdestarëve të fëmijëve të formësuar nga ndikimi i gjinisë. Çdo kulturë në përgjithësi mban një profil të sjelljeve për djem dhe për vajza, ku djemtë duhet të jenë të gjallë, të lëvizshëm, me iniciativë, çamarrokë etj, ndërkohë që për profilin e vajzës, ajo duhet të jetë e urtë, e bindur dhe e ndjeshme. Profile të tilla kanë formuar edhe pritjet e shoqërisë për të dy gjinitë. Prandaj marrja e informatave nga dy burime të ndryshme do të zvogëlojë deri diku paragjykimet për sjelljet përkatëse, dhe gjithashtu mundet të japin informacion të vlefshëm nëse këto profile kanë ndryshuar në vitet e fundit dhe si kanë ndikuar këto ndryshime në perceptimin prindëror apo shoqëror.

Por është fakt që, shumica e hulumtimeve me qëllim përcaktimin e prevalencës, kanë shfrytëzuar të dhënat vetëm nga një individ i rritur për fëmijën, nga prindi ose edukatorja, ndërkohë që hulumtimet që kanë përdorur të dy burimet, edhe prindin edhe edukatoren, janë vërtet të pakta. Disa nga hulumtimet e zhvilluara mbi bazë të popullatës së gjerë për përcaktimin e vlerave normative të problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë (Bongers e të tjerë, 2003; Keiley e të tjerë, 2000; Stanger e të tjerë, 1997), kanë përdorur qasjen dimensionale kuantitative me instrument simptomatik, CBCL, ose C-TRF.

Ndërkohë janë një numër relativisht i vogël i punimeve që kanë shfrytëzuar njëherësh të dhënat nga të dy burimet (prindër dhe edukatore) dhe që kanë siguruar përveç nivelin e prevalencës edhe vlerat korrelative ndërmjet informacionit nga këto dy burime. Shumica e studimeve që kanë trajtuar korrelacionin, lidhmërinë mes informacionit të marrë nga

prindërit dhe mësuesit janë fokusuar kryesisht tek fëmijët e moshës shkollore, duke bërë që kjo lidhmëri e informacionit nga prindërit dhe edukatorët për fëmijët e moshës parashkollore, të jetë ende pak i paqartë. Përputhshmëria e këtyre informacioneve, për momentin është edhe çështja më e diskutueshme në zhvillimin e psikopatologjisë tek parashkollorët (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005).

Kështu, Achenbach e të tjerë (1987), prezantuan një vlerë të lidhmërisë prej vetëm .27 ndërmjet informacionit të prindërve dhe edukatoreve, ndërkohë në punimin e tyre Crane, Mincic, dhe Winsler (2011) raportuan vlerën korrelative prej .20-.28 ndërmjet informacionit prej prindërve dhe edukatoreve për 7.756 fëmijë parashkollorë amerikanë me etnicitete të ndryshme dhe që vinin nga familje me të ardhura të pakta.

Në mënyrë të përsëritur, është treguar se ekziston një nivel i ulët i korrelacionit së raportimeve ndërmjet prindërve dhe mësuesve në vlerësimin e problemeve të sjelljes. Achenbach, McConaughy dhe Howell (1987), në studimin e tyre meta-analitik të 119 studimeve, hetuan normat e lidhmërisë ndërmjet raportimeve nga prindërit dhe mësuesit, për grupmoshën 1-19 vjeçare. Vlera mesatare e korrelacionit të gjetur ishte .27. Ndërkohë, janë disa studime që kanë prezantuar tendencën për një rritje të lidhmërisë ndërmjet informacioneve nga prindërit dhe edukatorët për fëmijët parashkollorë, nga .29 deri në .50, e krahasuar me lidhmërinë e informacioneve për fëmijët e moshës shkollore (Keenan & Lachar, 1988; Vitaro, Gagnon, & Tremblay, 1991; Winsler & Wallace, 2002).

Në literaturë, gjejmë një mori të hulumtimeve të fokusuara në informacionin e mbledhur nga edukatorët parashkollore për fëmijët 2-5 vjeçarë, të tilla si punimi i La Freniere e të tjerë (2002) me 4.640 fëmijë nga tetë vende të ndryshme (U.S., Austri, Brazil,

Kanada, Kinë, Itali, Japoni, dhe Rusi) të cilët prezantuan kompetencat sociale në sjelljet e fëmijëve parashkollorë; punimi i Achenbach and Rescorla (2000), të cilët prezantuan të dhënat normative nga informacioni i mbledhur përmes C-TRF për 1192 fëmijë parashkollorë amerikanë; punimi i Ivanova e të tjerë (2011), të cilët me përdorimin e analizës faktoriale konfirmative, testuan përshtatshmërinë e të dhënave nga 14 vende të ndryshme në strukturën e sindromave të problemeve sipas C-TRF; punimi i Frigerio e të tjerë (2006), me 526 fëmijë parashkollorë italianë, në të cilin kanë vlerësuar gjendjen emocionale dhe sjelljen e fëmijëve; apo punimi nga Denner dhe Schmeck (2005) me 1.050 fëmijë parashkollorë gjermanë në të cilin kanë paraqitur normativat e problemeve emocionale dhe të sjelljes.

Nga ana tjetër edhe punimet që kanë shfrytëzuar burimet nga prindërit (apo kujdestarët primarë) të fëmijëve janë të konsiderueshme. Ne mund ti referohemi punimit të zhvilluar nga Kristensen, Henriksen, dhe Bilenberg (2008), të cilët vlerësuan 624 fëmijë parashkollorë danezë; punimit të zhvilluar nga Rescorla e të tjerë (2011), të cilët testuan efektet shoqërore në raportimin e prindërve për problemet emocionale dhe sociale të fëmijëve parashkollorë në 24 vende të ndryshme; punimin e Erol, Simsek, Oner & Munir, (2005) të cilët vlerësuan problemet emocionale të 638 fëmijëve turq të moshës 2-3 vjeçare, etj.

2.4. Komorbiditeti i problemeve emocionale dhe të sjelljes.

Mbështetur në paqëndrueshmërinë relative të problemeve emocionale dhe të sjelljes gjatë

fëmijërisë së hershme, tashmë nuk paraqet risi fakti që tek shumë fëmijë mund të bashkëparaqiten lloje të shumta të problemeve të sjelljes, duke përfshirë p.sh. problemet përçarëse dhe ato emocionale, sjelljet kundërshtuese të shoqëruara me depresion apo ADHD. Sipas Angold e të tjerë, (1999) komorbiditeti/bashkëparaqitja e problemeve është rregull më tepër se sa përjashtim, për pothuajse të gjitha problemet mendore.

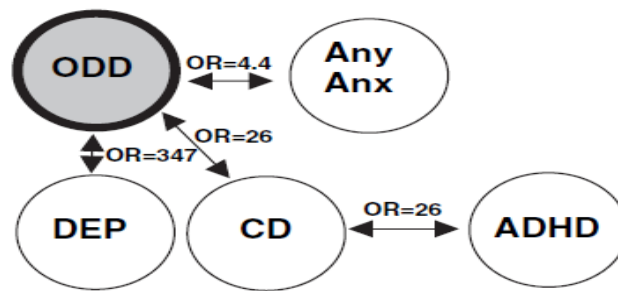
Komorbiditeti mund të përkufizohet si bashkëparaqitja e dy ose më shumë problemeve të shëndetit mendor. Ishte Feinstein (1970, f. 456 –457) i cili bëri përcaktimin e parë të termit si "çdo entitet i dallueshëm klinik që ka bashkë-ekzistuar ose që mund të bashkëndodhë gjatë rrjedhës klinike të një pacienti i cili ka sëmundjen e indeksuar nën studim". Brenda fushës së psikiatriisë, komorbiditeti zakonisht përdoret për t'iu referuar mbivendosjes, bashkëparaqitjes së dy ose më shumë problemeve psikiatrike (Boyd, Burke, Gruenberg e të tjerë, 1984). Po ashtu, Kessler (1995) dhe Ollendick & King (1994) e prezantuan komorbiditetin si bashkëndodhja e një ose më shumë çrregullimeve në të njëjtin fëmijë apo adoleshent ose në të njëjtën kohë ose në një rend shkakësor. Ndërsa Lahey e të tjerë (1999) e përkufizuan si plotësimin e kriterëve për dy ose më shumë probleme psikiatrike gjatë të njëjtës periudhë.

Janë një mori e studimeve që sidomos vitet e fundit e mbështesin dhe tregojnë shtrirjen e komorbiditetit të problemeve tek mosha parashkollore. Ritmet e zhvillimit të instrumenteve për vlerësimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes të pasuara me rritjen e besueshmërisë dhe validitetit të tyre, kanë bërë që edhe të dhënat mbi bashkëparaqitjen e problemeve në fëmijët e moshës parashkollore, të rriten. Sipas Keenan e të tjerë (1997) dhe Lavigne e të tjerë (1996), të dhënat për komorbiditetin midis kategorive të gjera të problemeve emocionale dhe të sjelljes, ishin të kufizuara. Në studimin e Keenan e të tjerë

(1997), një e katërta e fëmijëve me një problem emocional plotësonte kriteret edhe për një problem të sjelljes, me të njëjtin raport edhe fëmijët me probleme të sjelljes kanë një problem emocional. Ndërkohë, në studimin e Lavigne e të tjerë, (1996), 5.4% e fëmijëve (25.2% e fëmijëve me të paktën një çrregullim psikiatrik) kishte komorbiditet të problemeve, të përcaktuara si çrregullim përçarës i bashkëparaqitur me një problem emocional ose problem tjetër.

Costello e të tjerë, (2003) kanë raportuar nivel të lartë të komorbiditetit në mes të ODD dhe depresionit, megjithatë komorbiditeti ndërmjet CD dhe depresionit ishte i rëndësishëm vetëm për vajzat. Maughan e të tjerë, (2004) kanë raportuar një komorbiditet të konsiderueshme në mes të ODD dhe CD në lidhje me depresionin dhe ankthin. Djemtë me një histori të CD kishin më shumë të ngjarë të vazhdojnë me sjelljet e tyre antisociale, ndërsa vajzat me ODD apo CD kishin më shumë gjasa se të rriturit që të rrëshqasin në depresion dhe ankth (Rowe e të tjerë, 2005).

Në studimin e Angold e të tjerë (2006), kanë raportuar se 50% e fëmijëve parashkollorë kanë treguar më tepër se vetëm një çrregullim. Ata e kanë shqyrtuar komorbiditetin në mesin e këtyre pesë kategorive të problemeve: çrregullim depresiv, çrregullim ankthi, ODD, CD, ADHD, të prezantuara në figurën në vazhdim. Po sipas këtij burimi (figura 2, f. 327), 51.6% e fëmijëve parashkollorë me të paktën një çrregullim, përmbushin kriteret për një lloj të vetëm të çrregullimit, 25.8% kishin dy lloje të problemeve, dhe 22.6% kishin tri apo më shumë lloje të problemeve. 18.2% e 2 dhe 3-vjeçarëve me një çrregullim psikiatrik kanë më shumë se një çrregullim, krahasuar me 49.7% tek 4 dhe 5-vjeçarët me të paktën një çrregullim psikiatrik. Rreziku për të pasur probleme psikiatrike komorbide, është rritur me 1.6 herë për çdo vit nga mosha 2 deri 5 vjeç.



Figura³ 2. Komorbiditeti i problemeve në moshën parashkollore.

Një model i ngjashëm (por jo identik) i komorbiditetit, është gjetur në dy studime të mëdha me mostër përfaqësuese të fëmijët më të mëdhenj në moshë (Angold e të tjerë, 1999a; Ford, Goodman dhe Meltzer, 2003). Çfarë është e rëndësishme, secili prej këtyre tre studime tregon një marrëdhënie të fortë mes depresionit dhe CD apo ODD që ndërmjetëson marrëdhënien e depresionit me ADHD. Në modelin parashkollor, ODD gjithashtu ndërmjetëson marrëdhëniet mes depresionit dhe ankthi. Ky model i komorbiditetit në mes të depresionit, problemeve të ankthit dhe ODD, ngre pyetjen nëse problemet depresive në moshën parashkollore janë me të vërtetë ekuivalente me problemet depresive të mëvonshme.

Norma të tilla të larta të komorbiditetit, kanë nxitur diskutimin për përdorimin më me kujdes të instrumenteve diagnostifikuese në këtë grupmoshë. Edhe pse sipas Angold, Costello & Erkanli (1999), ky problem nuk është specifik në periudhën nga lindja deri në 5

³ E lejuar për tu cituar nga: Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313– 337. (Përmes e-mailit, në 07 Gusht 2013)

vjeç, meqenëse normat e larta të komorbiditetit të problemeve janë tipike e problemeve të fëmijërisë në përgjithësi, sipas Eger dhe Angold (2006), komorbiditeti duket të jetë një tipar qendror i probleme psikiatrike në moshën parashkollore ashtu siç është tek fëmijët më të rritur dhe tek të rriturit. Po sipas të njëjtit burim (Eger dhe Angold, 2006:328), “hulumtimet për etiologjinë e komorbiditetit duhet të fillojnë jo më vonë se mosha 2 vjeçare”. Vetëm në këtë mënyrë do të mund të kuptohet etiologjia, zhvillimi dhe vazhdimësia e psikopatologjive në fëmijërinë e hershme, çka do të përkthehej drejtpërdrejt në krijimin e mundësive për parandalimin, trajtimin dhe ndërhyrjet e hershme cilësore me fëmijët e vegjël.

KAPITULLI III – Metodologjia e hulumtimit

3.1. Metodologjia

Hulumtimi është epidemiologjik dhe studion shpërndarjen dhe përcaktimin e frekuencave të problemeve emocionale dhe të sjelljes në popullatën e fëmijëve 2-5 vjeçarë që ndjekin një program të edukimit parashkollor në Kosovë. Hulumtimi ka karakter vlerësues me qasje kuantitative dhe ka shfrytëzuar të dhënat sasiore të fituara përmes dy pyetësorëve të standardizuar për vlerësimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes për fëmijët e grupmoshës 2-5 vjeç.

Qëllimi i hulumtimit, pyetjet kërkimore dhe hipotezat.

Qëllimi i këtij hulumtimi është të vlerësojë dhe të prezantojë nivelin e problemeve emocionale dhe të sjelljes të fëmijëve parashkollorë të grupmoshës 2-5 vjeç që ndjekin një program edukativ, sipas informatave nga prindërit dhe edukatorët parashkollorë, dhe vlerësimi i ndikimit të faktorëve të tillë si mosha dhe gjinia në frekuencën dhe shpërndarjen e këtyre problemeve.

Objektivat e hulumtimit janë:

- Të përcaktojë cilat janë frekuencat dhe shpërndarja e prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve 2-5 vjeçarë që ndjekin një program edukimi në Kosovë sipas vlerësimit të prindërve dhe edukatoreve parashkollorë.
- Të nxjerrë dallimet në këto frekuenca dhe shpërndarje në varësi të gjinisë dhe moshës në problemet emocionale dhe të sjelljes.

- Të vlerësojë shkallën e lidhmërisë ndërmjet dy vlerësimeve: të prindërve dhe edukatoreve parashkollore.

Hipotezat e hulumtimit janë:

Nga shqyrtimi i gjerë i literaturës rezultatet e larta të prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët e kësaj grupmoshe jo vetëm në vendet e rajonit por edhe më gjerë, në mënyrë të pashmangshme diktuan ngritjen e këtyre hipotezave. Kjo u fuqizua edhe më shumë nga rezultatet e studimeve të zhvilluara me fëmijët tanë që ndjekin një program të edukimit parashkollor si nga vlerësimi i prindërve ashtu edhe nga vlerësimi i edukatoreve parashkollore. Edhe pse studimet e mëhershme ishin zhvilluar vetëm me fëmijë të qytetit të Prishtinës, përcaktimi i hipotezave të tilla arsyetohet edhe me faktin që Prishtina si kryeqytet ka numrin më të madh të institucioneve parashkollore që ofrojnë një proces edukimi dhe edukatorët parashkollore që ofrojnë këtë shërbim edukativ janë ekspozuar më së shumti ndaj trajnimeve për zhvillim profesional se sa edukatorët nga qytetet e tjera të Kosovës. Të njëjtën gjë mund ta themi edhe për nivelin e punësimit dhe arsimimit të prindërve.

- H.1. Në popullatën e fëmijëve 2-5 vjeç raportohen nivele të larta të prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes.
- H.2. Problemet emocionale dhe të sjelljes kanë dallime tek fëmijët që ndjekin një program edukimi në varësi të gjinisë dhe moshës.
- H.3. Informacioni i ofruar nga prindërit dhe edukatorët parashkollore për fëmijët, është në korelacion të ulët.

1.3.2. Dizajni i hulumtimit.

Meqenëse qëllimi i hulumtimit është jo vetëm vlerësimi dhe prezantimi i frekuencave dhe shpërndarjes së problemeve emocionale dhe të sjelljes, por njëkohësisht edhe vlerësimi i prezencës ose mungesës së ndikimit të faktorëve të tillë si mosha dhe gjinia në këto probleme, ky hulumtim konsiderohet si ndërseksional (cross-sectional).

Në hulumtim, janë përdorur dy pyetësorë për mbledhjen e të dhënave, të cilët paraprakisht kanë qenë të përkthyer dhe përshtatur në gjuhën shqipe dhe është siguruar leja e përdorimit të tyre. Duke marrë në konsideratë argumentet se vlerësimi i fëmijëve përmes disa burimeve të informimit mund të ofrojë një kuptim më të plotë të problemeve të fëmijëve (Kagan, Snidman, McManis, Woodward, dhe Hardway, 2002), dhe se niveli i dobët apo i moderuar i korrelacionit ndërmjet informatave të ndryshme dhe mjediseve të ndryshme (Achenbach, Edelbrock, & Howell, 1987; Grietens e të tjerë, 2004; Offord e të tjerë, 1996) mund të pasqyrojnë variacionet e vërteta në sjelljet e fëmijëve në mjedise të ndryshme dhe marrëdhëniet ndërpersonale (Kerr, Lunkenheimer & Olson, 2007; Stanger & Lewis, 1993; Merrell, 1999), u vendos që të përdoreshin dy pyetësorë, dy burime të dhënash nga dy mjedise të ndryshme të aktivitetit të fëmijëve, një për prindërit dhe një për edukatorët parashkollore të fëmijëve.

Lista e institucioneve parashkollore publike dhe jopublike të licencuara është ofruar nga MASHT, nga e cila janë përzgjedhur institucionet parashkollore pjesëmarrëse në hulumtim dhe autorja e hulumtimit ka zhvilluar takime të drejtpërdrejta me drejtorët e këtyre institucioneve, për ti njohur me qëllimin e hulumtimit dhe për të vendosur mundësitë e bashkëpunimit.

1.3.3. *Popullata dhe Mostra e hulumtimit*

Popullatë e këtij hulumtimi janë fëmijët 1.5-5 vjeçarë, që ndjekin një program edukimi në cilëndo formë të organizimit, të ofruar në Kosovë. Në fakt, kjo popullatë ka rrjedhur nga popullata e përgjithshme e fëmijëve 1.5-5 vjeçarë, e cila mbështetur mbi të dhënat nga rregjistrimi i popullsisë i vitit 2011 (ASK, 2013), është 118.265 fëmijë, nga të cilët 61.348 janë djem (ose 52 %) dhe 56.917 janë vajza (ose 48 %).

Meqenëse është përcaktuar që popullatë e këtij hulumtimi të jenë fëmijët që ndjekin një program edukativ, sipas të dhënave zyrtare nga Ministria e Arsimit, Shkencës dhe Teknologjisë (2013), numri i fëmijëve 1.5-5 vjeçarë që ndjekin një program edukimi në institucionet publike, është 3.734 fëmijë, nga të cilët 1.979 janë djem (ose 53 %), dhe 1.755 janë vajza (ose 47 %). Ndërkohë nga të dhënat jo zyrtare (Shala & Luzha, 2010), numri i fëmijëve të përfshirë në institucionet parashkollore private, mund të jetë rreth 2.000. Pa specifika përkatëse për grupmoshat dhe gjininë e tyre, kjo e çon numrin e përgjithshëm në 5.734 fëmijë.

Mostra e hulumtimit tonë përbëhet nga 851 fëmijë, ose 14.8 % e gjithë popullatës së fëmijëve parashkollorë. Duke iu referuar ‘The Research Advisors’ (2006), kjo mostër ka një interval të besimit 95% me kufinj të gabimit 3.5%. Mostra e hulumtimit është mostra kriterike. Në caktimin e mostrës janë përdorur këto kriterë: kriteri i rajonit - hulumtimi është shtrirë në rajonet kryesore të Kosovës: Prishtinë, Mitrovicë, Pejë, Ferizaj, Gjilan, Gjakovë, dhe kriteri i gjinisë- djem, vajza. Fëmijët janë zgjedhur në mënyrë të rastësishme, brenda grupeve edukative, me short nga edukatorët parashkollorë, duke marrë në konsideratë gjininë e fëmijëve. Kriteri i vendbanimit dhe gjinisë, është marrë në

konsideratë pasi së bashku me statusin socio-ekonomik janë nga faktorët që janë testuar më së shumti dhe janë replikuar më së shumti në studimet e ngjajshme (Achenbach & Rescorla, 2007). Por, statusi socio-ekonomik nuk ka qenë e mundur të merrej në konsideratë në këtë hulumtim, pasi një prej kriterëve që fëmija të jetë pjesë e institucionit parashkollor është punësimi i prindit, dhe sipas të dhënave tona mbi 98 % e prindërve të fëmijëve pjesëmarrës në hulumtim, janë në marrëdhënie pune.

Numri i fëmijëve për të cilët është plotësuar format përkatëse të C-TRF nga edukatorët parashkollorë, është 851, nga të cilët 473 janë djem (ose 56 %) dhe 378 janë vajza, ose (44 %). Ndërkohë pyetësi CBCL nga prindërit është plotësuar për 755 fëmijë, nga të cilët 426 janë djem (57 %) dhe 329 janë vajza (44 %).

Plotësimi i formave vlerësuese CBCL dhe CTRF u bë nga prindërit dhe edukatorët parashkollorë që punojnë drejtpërdrejtë me fëmijët. Si rrjedhim, forma C-TRF, u plotësua nga 140 edukatore për gjithsej 851 fëmijë, me një raport 1 edukatore për 6 fëmijë.

Të dhënat demografike për edukatorët parashkollorë janë paraqitur në Tabelën 1, për prindërit janë paraqitur në Tabelën 2, për fëmijët e vlerësuar nga prindërit janë paraqitur në Tabelën 3, dhe të dhënat për fëmijët e vlerësuar nga edukatorët parashkollorë janë paraqitur në Tabelën 4.

Siç shihet nga Tabela 1, janë 140 edukatore që morën pjesë në plotësimin e pyetësorëve për 851 fëmijë, duke bërë që një edukatore të ketë plotësuar pyetësorët për mesatarisht 6 fëmijë. 99 nga 140 edukatore ishin edukatore parashkollorë, të cilat punojnë me fëmijët 3 deri në 6 vjeç, ndërsa vetëm 41 prej tyre ishin motra medicinale (punojnë me grupmoshën 9 muaj-3 vjeç). Niveli i arsimimit për 94 edukatore ose 67 % prej tyre, ishte fakulteti dhe në disa raste edhe studimet master, ndërkohë që 46 prej tyre ose 33 %, kishin të kryer

shkollimin e mesëm me profil mjekësor pediatrik. Për shkak të numrit më të madh të institucioneve publike krahasuar me ato jopublike, edhe numri i edukatoreve pjesëmarrëse në hulumtim nga institucionet parashkollore publike ishte më i lartë, respektivisht 117 ose 84% e numri të përgjithshëm. Ndërkohë, eksperiencia e punës deri në pesë vite, ishte karakteristike për 68 ose 49 % e edukatoreve. Në vlerën prej 15 % ose vetëm 21 edukatore, kishin një eksperiencë pune mbi 16 vjeçare, kurse 51 edukatore ose 36 %, kishin një përvojë pune ndërmjet 6-15 vite.

Me 755 fëmijë, u zhvillua testi i hi-katrorit për gjininë dhe moshën. Vlerat e fituara përmes testit *chi-square*, $\chi^2(1, N = 755) = 12.46, p = .000$, treguan që ka dallime të vlefshme statistikore ndërmjet fëmijëve djem dhe vajza pjesëmarrës në hulumtim. Të njëjtin rezultat kemi edhe për moshën, ku vlerat e fituara të *chi-square*, $\chi^2(3, N = 755) = 42.58, p = .000$, treguan dallime të vlefshme statistikore në numrin e fëmijëve 2, 3, 4 dhe 5 vjeçarë.

Po ashtu, me 851 fëmijë, u zhvillua testi i hi-katrorit për gjininë dhe moshën. Vlerat e fituara përmes testit *chi-square*, $\chi^2(1, N = 851) = 10.61, p = .000$, treguan që ka dallime të vlefshme statistikore ndërmjet fëmijëve djem dhe vajza pjesëmarrës në hulumtim. Të njëjtin rezultat kemi edhe për moshën, ku vlerat e fituara të *chi-square*, $\chi^2(3, N = 851) = 50.30, p = .000$, treguan dallime të vlefshme statistikore në numrin e fëmijëve 2, 3, 4 dhe 5 vjeçarë.

Tabela 1

Numri dhe Përqindja e Edukatoreve Parashkollore, Pjesëmarrëse në Hulumtim.

		N	%
Numri i edukatoreve	Femra	140	100

	Meshkuj	0	0
	Edukatore parashkollore	99	71
	Motra medicinale	41	29
Niveli i edukimit	Sh.Mesme	46	32
	Fakultet e më tepër	94	67
Eksperienca e punës	deri në 5 vite	68	48
	6-15 vite	51	36
	mbi 16 vite	21	15
Lloji i institucionit	Publik	117	84
	Privat	23	16

Tabela në vazhdim, prezanton të dhënat për prindërit që plotësuan pyetësorët për fëmijët e tyre. Karakteristikë e prindërve ishte niveli i lartë i arsimimit, kështu nënat pothuajse 100 % (99.6 %) e tyre ishin me arsim të mesëm dhe të lartë, po ashtu edhe baballarët (99.5 %) e tyre ishin po ashtu me arsim të mesëm dhe të lartë. Të njëjtën gjë mund ta themi edhe për nivelin e punësimit të prindërve pjesëmarrës. 98 % e nënave dhe 99 % e baballarëve janë të punësuar kryesisht në sektorin publik dhe më pak në sektorin privat. Niveli i arsimimit dhe niveli i punësimit, kanë përjashtuar këto dy variabla nga analizimi i mëtejme i të dhënave në këtë hulumtim dhe ndikimeve të tyre të mundshme në problemet emocionale dhe të sjelljes të fëmijëve.

Tabela 2

Numri dhe Përqindja e Prindërve, Pjesëmarrës në Hulumtim

		<i>Nr.</i>	<i>%</i>
Numri i prindërve	Femra	639	85
	Meshkuj	116	15
Niveli i arsimimit /Nëna	Sh. Fillore	3	0.4
	Sh. Mesme	165	22
	Fakultet e më tepër	587	78
Niveli i arsimimit/Babai	Sh. Fillore	4	0.5
	Sh. Mesme	272	36
	Fakultet e më tepër	479	63
Punësimi i nënës	Në punë	741	98
	Pa punë	14	2
Punësimi i babait	Në punë	752	100
	Pa punë	3	0.4

Karakteristikat e fëmijëve pjesëmarrës në hulumtim të vlerësuar nga prindërit, janë paraqitur në tabelën e mëposhtme. Nga gjithsej 755 fëmijë, 329 ose 44 % janë vajza, ndërkohë që 426 ose 56 % janë djem. Nëse i referohemi shpërndarjes gjinore të popullatës së fëmijëve parashkollorë në nivel Kosove nga regjistrimi i fundit (ISK, 2011; 52 % = djem dhe 48 % = vajza) apo edhe popullatës së fëmijëve të institucionalizuar (Shala & Luzha, 2010; 47 % = vajza dhe 53 % = djem), shpërndarja në përqindje e fëmijëve pjesëmarrës në hulumtim është e përafërt me të dy burimet. Mosha mesatare e fëmijëve ishte 3.4 vjeç (SD=1), dhe meqenëse fëmijët deri në moshën 18 muaj ishin vetëm 15 prej

tyre, këta fëmijë u përfshinë në grupmoshën 2 vjeçare. Pra, 24 % ose 183 fëmijë ishin 2 vjeç, 221 ose 29 % ishin fëmijë 3 vjeçarë, 223 ose 31 % ishin fëmijë 4 vjeçarë dhe 118 ose 16 % ishin fëmijë të grupmoshës 5 vjeçare. Për sa i përket shpërndarjes së fëmijëve në institucione, 618 ose 82 % kanë vijuar institucionet publike dhe pjesa tjetër, 137 fëmijë ose 18 % kanë vijuar programin në institucionin jopublik.

Tabela 3

Numri dhe Përqindja e Fëmijëve Pjesëmarrës në Hulumtim, të Vlerësuar nga Prindërit (CBCL)

		<i>N</i>	<i>%</i>
Numri i fëmijëve	Femra	329	44
	Meshkuj	426	56
	Gjithsej	755	100
Grupmosha	2 vjeç	183	24
	3 vjeç	221	29
	4 vjeç	233	31
	5 vjeç	118	16
Institucioni	Publik	618	82
	Privat	137	18
Mosha mesatare		<i>MA</i>	<i>SD</i>
	Femra	3.3	1.0
	Meshkuj	3.4	0.9
	Gjithsej	3.4	1.0

Tabela 4 ofron të dhënat për fëmijët pjesëmarrës në hulumtim, të cilët janë vlerësuar nga edukatorët parashkollorë. Nga gjithsej 851 fëmijë, 378 ose 44 % ishin vajza dhe 473 ose 56 % ishin djem. Moshë mesatare ishte 3.5 vjeç ($SD=1$) dhe vetëm 6 fëmijë ose 0.7%, ishin me sindromën Down. Fëmijë të moshës 2 vjeçare ishin 201 ose 24%, të moshës 3 vjeçare ishin 215 ose 25 %, 290 fëmijë ose 34 % ishin të moshës 4 vjeçare dhe 145 ose 17 % ishin të moshës 5 vjeçare. Në institucionet publike kanë qenë përfitues të programit parashkollor 708 fëmijë (83 %) ndërsa 143 ose 17 % kanë qenë përfitues të programeve që ofrohen nga institucionet jopublike.

Tabela 4

Numri dhe Përqindja e Fëmijëve Pjesëmarrës në Hulumtim, të Vlerësuar nga Edukatorët Parashkollorë (C-TRF)

		<i>N</i>	<i>%</i>
Numri i fëmijëve	Femra	378	44
	Meshkuj	473	56
	Gjithsej	851	100
Grupmosha	2 vjeç	201	24
	3 vjeç	215	25
	4 vjeç	290	34
	5 vjeç	145	17
Institucioni	Publik	708	83
	Privat	143	17
Fëmijë me nevojë të	Down syndrome	6	0.7

veçanta

Mosha mesatare	MA	DS
Femra	3.4	1.1
Meshkuj	3.5	1.0
Gjithsej	3.5	1.0

1.3.4. Instrumentet e hulumtimit.

Për mbledhjen e të dhënave në hulumtim janë përdorur dy instrumente: CBCL 1.5 - 5 vjeç dhe C-TRF 1.5 – 5 vjeç. Të dy këto pyetësorë, janë projektuar për të siguruar vlerat normative nga një gamë e gjerë e sjelljeve dhe problemeve emocionale tek fëmijët e vegjël (Rescrola, 2005). Format ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) për parashkollorë, janë instrumente vlerësuese të standardizuara , lehtësisht të përdorshme, jo të kushtueshme dhe mund të plotësohen në mënyrë të pavarur nga shumica e përdoruesve për rreth 10 -20 min.

Analiza Faktoriale e kryer në CBCL dhe C-FTR ka prodhuar gjashtë sindroma veç e veç për secilën matje: emocionalisht reaktive; ankth / depresion; sjellje agresive; probleme vëmendje; ankesat somatike(trupore) dhe tërheqja. CBCL 1.5-5 , ka një sindromë të shtatë, problemet e gjumit, e cila nuk është e vlerësuar në C-TRF. Kur këto sindroma janë paraqitur në një analizë të dytë faktoriale, janë etiketuar tre shkallë të gjera të problemeve, problemet internalizuese, externalizuese dhe problemet totale.

CBCL 1.5 - 5 dhe C-TRF 1.5 – 5, gjithashtu japin edhe pesë shkallë orientuese të DSM të cilat nuk janë empirikisht të fituara/realizuara përmes analizës faktoriale, por janë ndërtuar nëpërmjet konsensusit të ekspertëve klinik të bazuar në kriteret e DSM-IV (APA, 1994). Shkallët e CBCL 1.5 - 5 dhe C-TRF 1.5 - 5, prezantohen në sindromat: emocionalisht reaktive; ankth/ depresion; ankesat somatike/trupore; tërheqje (withdrawn); probleme me gjumin (vetëm CBCL); probleme vëmendje; sjellje agresive. Kurse, profili i shkallëve orientuese të DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) prezantohet në: problemet afektive, probleme ankthi, probleme prevazive zhvillimore; deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti dhe problemet kundërshtuese (oppositional provokes).

Mbledhja e të dhënave nga edukatorët parashkollore që punojnë me fëmijët 1.5 - 5 vjeçarë, është bërë përmes: Formës së Raportimit nga Edukatorja (Caregiver–Teacher Report Form/C-TRF/Achenbach & Rescorla, 2000). Kjo formë përmban gjithsej 100 artikuj, 99 nga të cilët janë artikuj specifikë të problemit, të cilat janë vlerësuar me 0 =Jo e vërtetë (aq sa dini ju), 1= Paksa ose nganjëherë e vërtetë dhe 2= shumë e vërtetë ose shpesh e vërtetë. I gjithë informacioni përshkruan fëmijën së fundmi ose brenda dy muajve të kaluar. Artikulli i 100 kërkon plotësimin me ndonjë problem tjetër që mund të ketë fëmija por që nuk është përfshirë në listën e artikujve të dhënë. Karakteristikë e të dhënave tona, ishte se pyetja e 100 nuk ishte plotësuar nga edukatorët parashkollore, duke e përjashtuar këtë artikull nga analiza e mëtejme.

Ndërkohë mbledhja e të dhënave nga prindërit (nëna, babai, kujdestari primar apo ndonjë i afërm tjetër i fëmijës), është bërë duke përdorur: Listën Kontrolluese për Sjelljen e Fëmijëve të moshës 1.5 - 5 vjeç (Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 years old / CBCL

1.5-5/ Achenbach & Rescorla, 2000). Edhe ky pyetësor përmban 100 artikuj, nga të cilët 99 janë artikuj specifike të problemit, të cilat janë vlerësuar me 0 = Jo e vërtetë (aq sa dini ju), 1 = Paksë ose nganjëherë e vërtetë dhe 2 = shumë e vërtetë ose shpesh e vërtetë. I gjithë informacioni përshkruan fëmijën së fundmi ose brenda dy muajve të kaluar. Artikulli i 100 kërkon plotësimin me ndonjë problem tjetër që mund të ketë fëmija por që nuk është përfshirë në listën e artikujve të dhënë. Edhe në këtë rast, pyetja e 100 nuk ishte plotësuar nga prindërit, duke e përjashtuar këtë artikull nga analiza e mëtejme. Në pyetësorin për prindër CBCL 1.5-5 vjeç, shkallët empirike dhe shkallët e gjera, janë të shprehura si më poshtë:

Shkalla Internalizuese:

- Emocionalisht reaktive, prezantohet me artikujt: 21,46,51,79,82,83,92,97,99.
- Ankth/ depression, prezantohet me artikujt: 10,33,37,43,47,68,87,90.
- Ankesat somatike/trupore, prezantohet me artikujt: 1,7,12,19,24,39,45,52,78,86,93.
- Tërheqja, prezantohet me artikujt: 2,4,23,62,67,70,71,98.
- Probleme me gjumin, prezantohet me artikujt: 22,38,48,64,74,84,94.

Shkalla Eksternalizuese:

- Probleme me vëmendje, prezantohet me artikujt: 5,6,56,59,95.
- Sjellje agresive, prezantohet me artikujt: 8,15,16,18,20,27,29,35,40,42,44,53, 58,66,69,81,85,88,96.

Kurse, në pyetësorin për edukatore C-TRF 1.5-5 vjeç, shkallët empirike dhe shkallët e gjera janë të shprehura si më poshtë:

Shkalla Internalizuese:

- Emocionalisht reaktive, prezantohet me artikujt: 21,46,82,83, 92, 97, 99.
- Ankth/ depression, prezantohet me artikujt: 10,33,37,43,47,68,87,90.
- Ankesat somatike/trupore, prezantohet me artikujt: 1,7,39,45,78,86,93.
- Tërheqja, prezantohet me artikujt: 2,4,12,19,23,62,67,70,71,98.

Shkalla Eksternalizuese:

- Probleme me vëmendje, prezantohet me artikujt: 5,6,24,48,51,56,59,64,95.
- Sjellje agresive, prezantohet me artikujt: 8,14,15,16,17,18,20,22,27,28,29, 35,40,42,44,53,58,66,69,74,81,84,85,88,96

Të dy format kanë 82 artikuj problemorë të ngjashëm, CBCL ka 17 artikuj që janë specifike për karakteristikat e shtëpisë kundrejt kontekstit institucional parashkollor.

Pyetësorët CBCL dhe C-TRF për parashkollorë janë përdorur në mbi 200 punime kërkimore dhe besueshmëria dhe validiteti i tyre janë mirë të dokumentuara (Rescorla, 2005). Të dy pyetësorët janë përkthyer dhe përshtatur në gjuhën shqipe, duke ruajtur sa më shumë domethënien origjinale të artikujve të pyetësorëve origjinalë, dhe autorja ka të drejtën e përdorimit të tyre. Format e pyetësorëve janë të bashkangjitura në shtojcën e punimit.

1.3.5. *Procesi i mbledhjes së të dhënave.*

Në procesin e mbledhjes së të dhënave janë angazhuar përveç autores së hulumtimit edhe drejtoreshat e institucioneve parashkollore dhe edukatorët parashkollore. Procesi i mbledhjes së të dhënave është zhvilluar në periudhën Shtator 2012 – Qershor 2013.

Me secilën prej drejtoreshave të institucioneve parashkollore, është zhvilluar një bisedë informative, në të cilën janë dhënë sqarimet e nevojshme për qëllimin e hulumtimit, shtrirjen e tij, lejimin nga Ministria e Arsimit Shkencës dhe Teknologjisë dhe mënyrën e plotësimit të pyetësorit nga ana e edukatoreve parashkollore dhe prindërve. Më pas, drejtoreshat kanë zhvilluar takime informative dhe sqaruese me grupin e edukatoreve të përfshira në hulumtim. Plotësimi i pyetësorëve nga ana e edukatoreve është zhvilluar në institucionet parashkollore dhe pas plotësimit të tyre, janë mbledhur nga drejtoresha e secilit institucion. Shkalla e kthimit të pyetësorëve nga ana e edukatoreve ishte 85.1%.

Ndërkohë, edukatorët parashkollore, kanë zhvilluar takime individuale me prindërit e fëmijëve të përcaktuar për tu përfshirë në hulumtim, dhe i kanë sqaruar ata për qëllimin e hulumtimit, aspektin etik dhe mënyrën e plotësimit të pyetësorëve. Prindërit janë njoftuar edhe me dakordimin e MASHT-it për zhvillimin e hulumtimit, dhe ju është kërkuar që për çdo paqartësi apo nevojë në plotësimin e pyetësorit, të bisedojnë drejtpërdrejt me edukatoren e fëmijës së tyre dhe/ose me autoren e hulumtimit. Prindërit i kanë plotësuar pyetësorët CBCL në shtëpi dhe i kanë kthyer tek edukatorët e fëmijëve, të cilat pastaj i kanë dorëzuar tek drejtoreshat e institucioneve. Shkalla e kthimit të pyetësorëve nga ana e prindërve ishte 75.5 %.

1.3.6. Analiza e të dhënave.

Për përpunimin e të dhënave statistikore , janë përdorur paketa ADM – Menaxhuesi për vlerësimin e të dhënave dhe analiza statistikore përmes paketës statistikore SPSS, versioni 19.0 për Windows. Tërësia e të dhënave të mbledhura nga të dy pyetësorët, është analizuar përmes analizës deskriptive përshkruese, përmes së cilës janë gjetur parametrat themelorë statistikorë dhe shpërndarja e të dhënave të fituara.

Të gjitha rezultatet janë llogaritur sipas udhëzimeve të dhëna në manualin për parashkollor (Achencach and Rescorla, 2001). Pikët në shkallët empirike, shkallët e gjera: Problemet Totale, Problemet Internalizuese dhe Problemet Eksternalizuese si dhe pikët në pesë shkallët e orientuara të DSM, janë paraqitur përmes mesatares aritmetike (MA) dhe devijimit standard (SD), në intervalin e besimit 95% (95% CI).

Analizat e prezantuara përmbajnë:

- Konsistenca e brendshme e shkallëve për të dy format e pyetësorëve, është analizuar duke përdorur Cronbach alfa (α).
- Për shkak që shpërndarja e të dhënave tona është skew pozitive, që është tipike për popullatat në të cilat shumica e fëmijëve kanë relativisht pak probleme dhe për arsye që analiza e variancës (ANOVA) është shumë e fuqishme në lidhje me devijimet nga shpërndarja normale, sidomos me mostra të mëdha (Kirk, 1995), krahasimet për moshën dhe gjininë dhe rezultatet në shkallë janë bërë duke analizuar rezultatet e patransformuara.

- Për të gjitha shkallët është paraqitur Prevalenca (përqindja e një popullsie që ka probleme të shëndetit mendor në një pikë të veçantë në kohë ⁴) e problemeve emocionale dhe të sjelljes.
- Komorbiditeti është pasqyruar duke përdorur krostabulimet për shkallët e orientuara DSM për CBCL dhe C-TRF
- Shkalla e lidhmësisë/korrelacionit ndërmjet shkallëve të orientuara DSM është zbuluar përmes korrelacionit të Pearson-it
- Shkalla e lidhmësisë/korrelacionit ndërmjet informacionit të marrë nga prindërit dhe edukatorët, është zbuluar përmes korrelacionit të Pearson-it në të gjitha shkallët e CBCL/1.5-5 dhe C-TRF
- Dallimet ndërmjet vlerave të fituara dhe vlerave nga studimet e tjera, janë zbuluar përmes t-testit për grupet e pavarura.

⁴ Kuschel Annett, (2012). The Epidemiology of Child Psychopathology: Basic Principles and Research Data. Chapter 8. pp.140. Published: April 20, under [CC BY 3.0 license](#). DOI: 10.5772/32216.

1.3.7. Aspekti etik.

Një letër miratimi është siguruar në Ministrinë e Arsimit, Shkencës dhe Teknologjisë për zhvillimin e këtij hulumtimi. Të gjithë drejtorët e institucioneve parashkollore, edukatorët dhe prindërit pjesëmarrës në hulumtim, janë njoftuar me miratimin. Gjatë njoftimit dhe bisedës, prindërit dhe edukatorët parashkollore kanë pranuar pjesëmarrjen e tyre vullnetare në hulumtim, duke kërkuar anonimitetin e pjesshëm (emri, mbiemri) të të dhënave të mbledhura.

KAPITULLI IV - Rezultate

Rezultatet e dala nga analizat e zhvilluara për të dhënat e mbledhura nga format CBCL 1.5-5 dhe C-TRF 1.5-5, u përpunuan duke përdorur paketën ADM dhe SPSS për Windows (versioni 19). Për arsye të krahasueshmërisë, është e rekomandueshme që studimet e prevalencës ti raportojnë rezultatet e tyre në bazë të informatorëve të veçantë veç e veç, dhe që procedurat për kombinimin e informatave nga informatorët e ndryshme do të dokumentohen në mënyrë që mund të jenë lehtësisht të përsëritshme⁵. Për këtë arsye, prezantimi i rezultateve është organizuar në këto pjesë:

4.1 Prezantimi grafik i rezultateve nga përpunimi me ADM (vlerat T -Model)

Një prezantim i tillë bëhet me qëllimin e pasqyrit të analizës së të dhënave për secilin fëmijë në shkallët empirike, shkallët e gjera dhe DSM shkallët e orientuara. Po ashtu përmes ADM është prezantuar edhe niveli i korrelacionit të rezultateve nga prindërit dhe nga edukatorët parashkollorë.

4.2 Prezantimi i rezultateve nga forma për prindër – CBCL 1.5-5 për shkallët

empirike, shkallët e gjera: internalizuese, eksternalizuese, problemet totale dhe për shkallët e orientuara DSM

⁵ Kuschel, A.(2012). The Epidemiology of Child Psychopathology: Basic Principles and Research Data. Chapter 8. Published: April 20, under [CC BY 3.0 license](#). DOI: 10.5772/32216.

4.3 Prezantimi i rezultateve nga forma për edukatorët parashkollore – C-TRF 1.5-5 për shkallët empirike dhe shkallët e gjera: internalizuese, eksternalizuese, dhe problemet totale dhe për shkallët e orientuara DSM

4.4 Komorbiditeti i paraqitjes së çregullimeve emocionale dhe të sjelljes, sipas prindërve dhe edukatoreve parashkollore: CBCL & C-TRF

4.5 Prezantimi i rezultateve nga krahasimi ndërmjet të dy formave të pyetësorëve CBCL 1.5-5 & C-TRF 1.5-5

4.6 Prezantimi i rezultateve krahasuese të këtij hulumtimi me vendet e tjera

4.1 Prezantimi grafik i rezultateve nga përpunimi me ADM (vlerat T -Model)

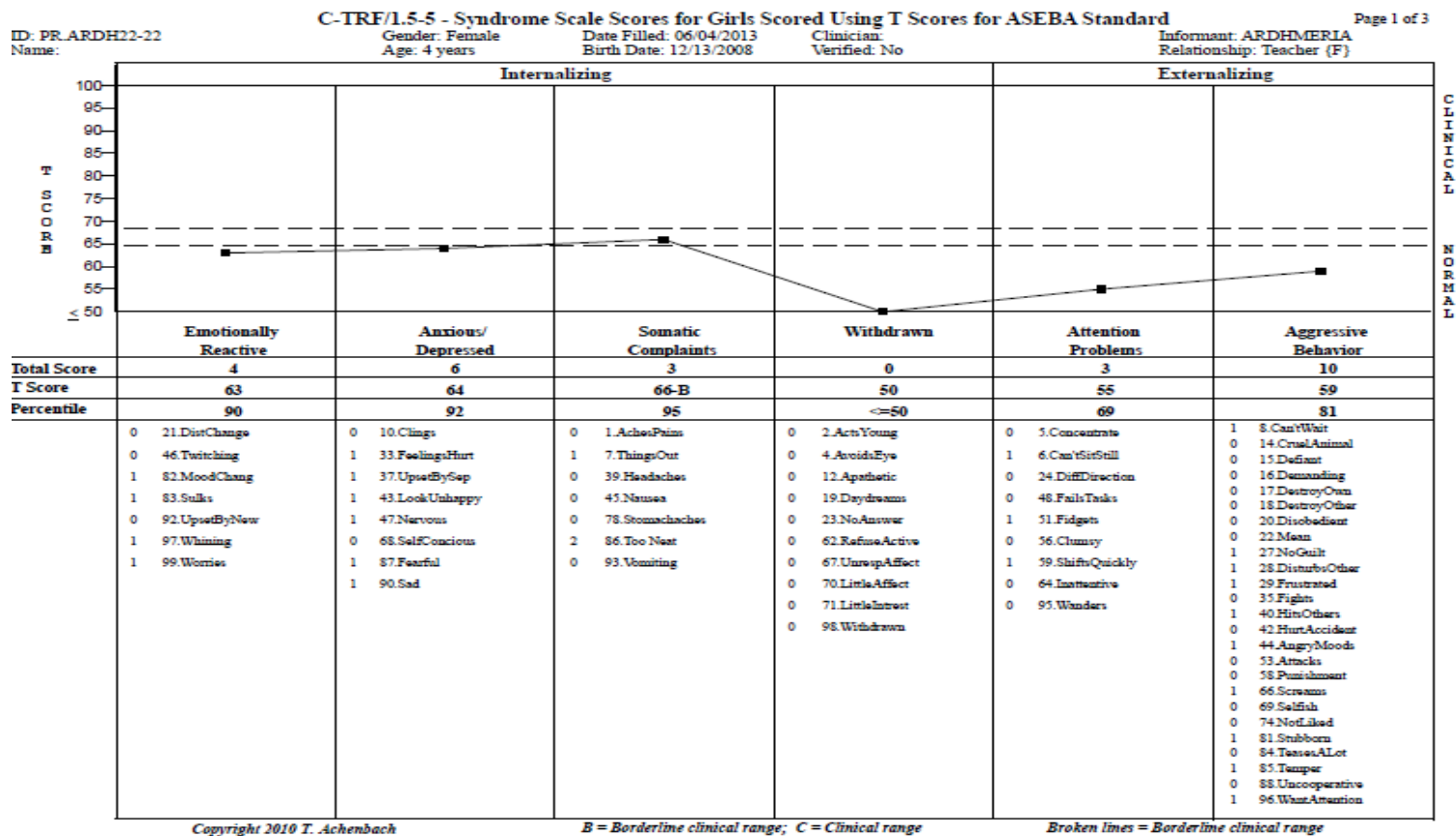


Figura 3. Paraqitja e T vlerave në shkallë empirike sipas C-TRF (vajzë – 4 vjeç)

Cross-Informant Comparison - Cross-Informant Correlations CBCL 1.5-5/C-TRF 1.5-5

ID: PR_ARDH22 Name: Gender: Female Birth Date: 12/13/2008 Comparison date: 07/05/2013

Form	Eval ID	Age	Informant Name	Relationship	Date	Form	Eval ID	Age	Informant Name	Relationship	Date
C151	22	4 years	Unknown	Father	05/03/2013						
T152	22	4 years	A.	Teacher (F)	06/04/2013						

Q Correlations: Between Item Scores						
Forms	Informants	Cross-Informant Agreement	Q Corr	Reference Group		
				25th %ile	Mean	75th %ile
C151 x T152	Father x Teacher (F)	Above average	0.39	0.08	0.23	0.38

nc = not calculated due to insufficient data

Copyright 2010 T. Achenbach
 ASEBA, University of Vermont
 1 South Prospect St.
 Burlington, VT 05401-3456
www.ASEBA.org

Figura 4. Paraqitja e vlerave korrelative C-TRF & CBCL

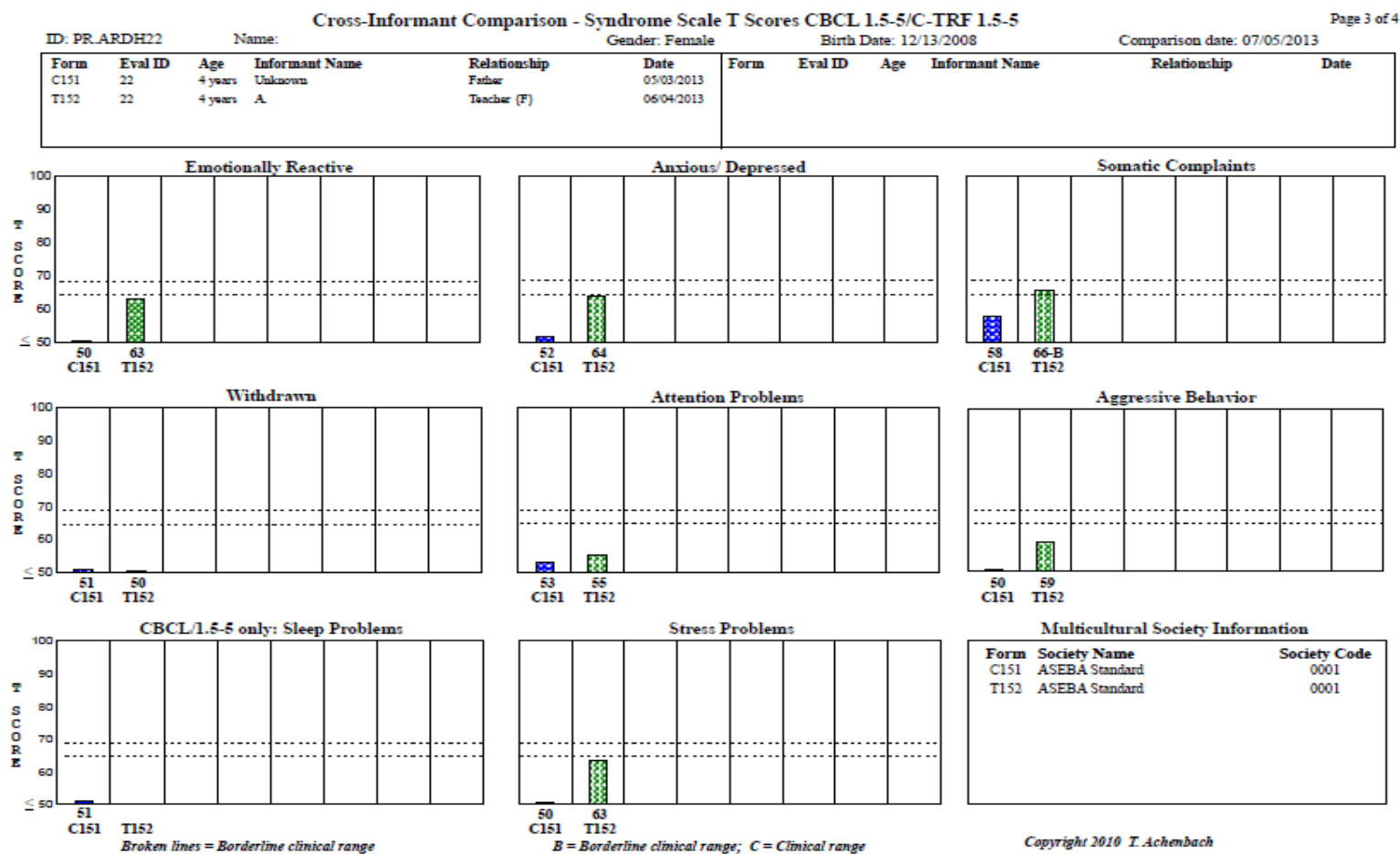


Figura 5. Krahasimi në shkallët empirike ndërmjet CBCL dhe C-TRF

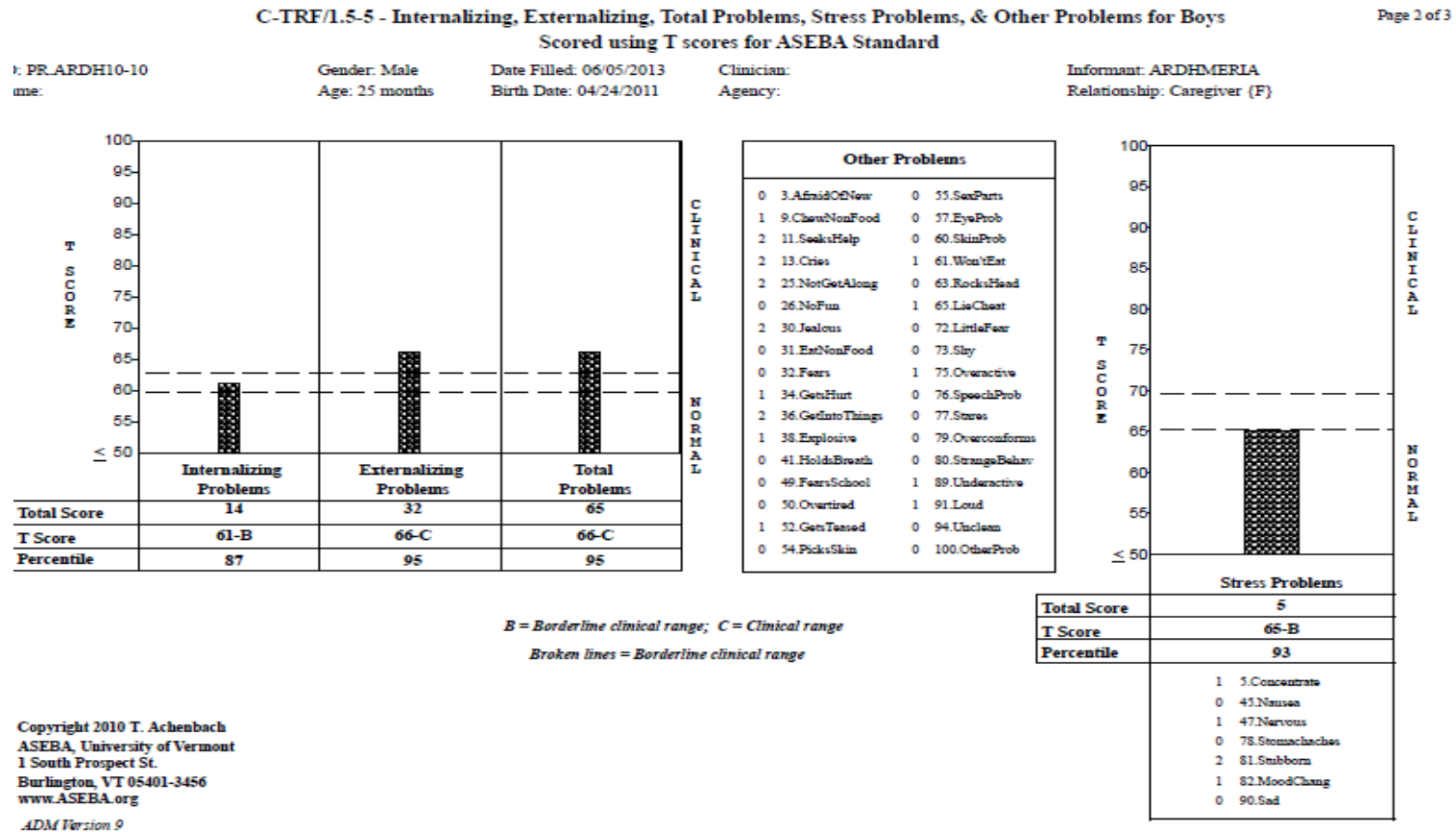


Figura 6. Paraqitja e T vlerave në shkallët e gjera, sipas C-TRF

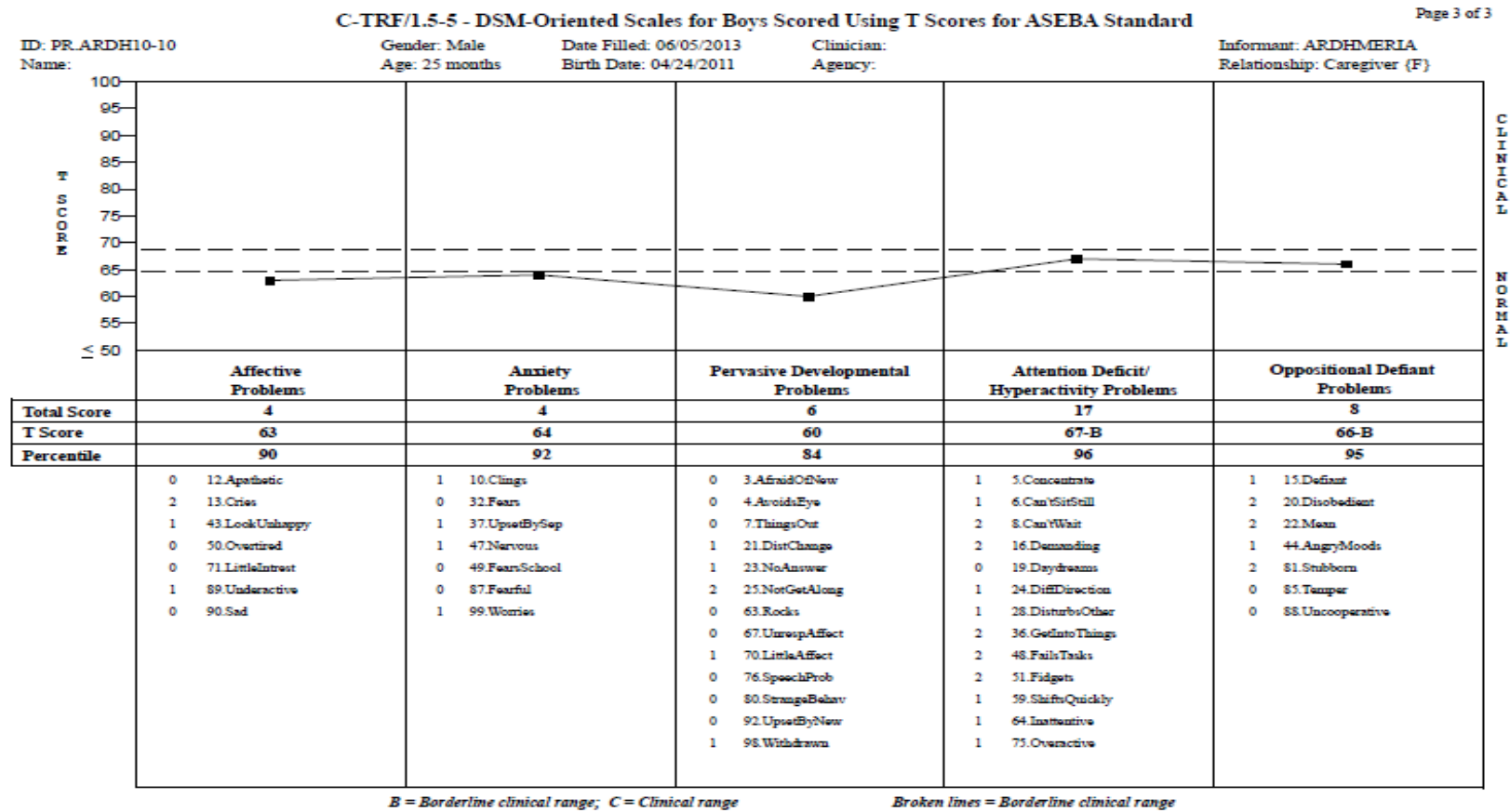


Figura 7. Paraqitja e T vlerave në shkallët e orientuara, sipas C-TRF

4.2 Prezantimi i rezultateve nga forma për prindër – CBCL 1.5-5, për shkallët empirike dhe shkallët e gjera: internalizuese, eksternalizuese dhe problemet totale.

Në Tabelën 5 janë paraqitur vlerat e fituara të Cronbach alfa (α) për shtatë shkallët empirike, pesë DSM shkallët e orientuara, dhe tre shkallët e gjera (Internalizuese, Externalizuese, dhe Total Problemet) për CBCL, të cilat janë në nivele të larta. Në përputhje edhe me rezultatet nga hulumtimi i mëparshëm i Achenbach & Rescorla (2000) për mostrat e përgjithshme, koeficientët alfa ishin të larta, duke filluar nga .93 për Problemet Totale dhe .86 për problemet Internalizuese dhe Externalizuese.

Tabela 5

Konsistenca e Brendshme (Cronbach α) e Raportuar nga Prindërit (CBCL form) për Secilën Gjini dhe për të Gjithë Fëmijët

	Djem	Vajza	Gjithsej
	Cronbach α	Cronbach α	Cronbach α
Emocionalisht reaktive	.88	.88	.88
Ankth/ depresion	.88	.88	.87
Ankesat somatike/trupore	.88	.89	.88
Tërheqje	.88	.88	.88
Probleme me	.88	.88	.88

gjumin			
Probleme me	.88	.88	.88
vëmendje			
Sjellje agresive	.87	.87	.86
Internalizuese	.88	.86	.86
Externalizuese	.86	.87	.86
Problemet në total	.87	.93	.93
DSM - Afektive	.94	.88	.87
DSM - Ankthi	.88	.88	.87
DSM - Çrregullim kundërshtues	.88	.88	.87
DSM - Deficit(vështirësi) vëmendje/probleme hiperaktiviteti	.88	.88	.88
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	.88	.88	.88

Në vazhdimësi, në Tabelën 6, paraqiten vlerat e mesatares aritmetike dhe devijimit standard për të gjitha shkallët sipas gjinisë së fëmijëve sipas raportimit të prindërve përmes formës CBCL-së. Në disa raste, vlerat e devijimit standard janë të barabarta ose pak më të larta se edhe vetë vlerat e mesatares, por po të kemi parasysh që kemi të bëjmë me studimin e niveleve të problemeve, këto vlera paraqesin një gjendje të prezantimit të këtyre problemeve. Nga tabela nuk vihet re ndonjë dallim i madh në vlerat e fituara ndërmjet djemve dhe vajzave.

Tabela 6

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Shkallët Empirike sipas Gjinisë - CBCL

	Gjinia		
	Femra	Meshkuj	Gjithsej
	MA (DS)	MA (DS)	MA (DS)
Emocionalisht reaktive	2.55 (2.58)	2.19 (2.40)	2.35 (2.49)
Ankth/ depresion	3.68 (2.80)	3.43 (2.66)	3.54 (2.73)
Ankesat trupore	3.37 (2.27)	2.91 (2.65)	3.11 (2.50)
Tërheqje	2.02 (2.36)	2.05 (2.49)	2.03 (2.43)
Probleme me gjumin	3.52 (2.66)	2.55 (2.09)	2.97 (2.41)
Probleme me vëmendje	2.35 (1.90)	2.36 (1.80)	2.35 (1.85)
Sjellje agresive	8.85 (6.18)	9.19 (5.94)	9.04 (6.05)

Vlerat e mesatares aritmetike dhe devijimit standard sipas moshës së fëmijëve po nga vlerësimi i prindërve, paraqiten në tabelën e mëposhtme. Në të gjitha shkallët empirike vihet re një rritje e lehtë e vlerave me rritjen e moshës.

Tabela 7

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Shkallët Empirike sipas Moshës - CBCL

	Moshë			
	2 vjeç	3 vjeç	4 vjeç	5 vjeç
	MA (DS)	MA (DS)	MA (DS)	MA (DS)
Emocionalisht reaktive	1.85 (2.59)	2.21 (2.21)	2.51 (2.17)	3.04 (3.13)

Ankth/ depresion	3.35 (3.02)	3.19 (2.29)	3.70 (2.77)	4.16(2.81)
Ankesat trupore	2.84 (2.45)	2.89 (1.85)	3.25 (2.41)	3.67 (3.52)
Tërheqje	1.71 (2.47)	1.47 (1.98)	2.57 (2.34)	2.53(2.97)
Probleme me gjumin	2.98 (2.60)	2.70 (2.36)	2.90 (1.88)	3.64(2.94)
Probleme me vëmendje	2.13 (1.73)	2.19 (1.60)	2.45 (1.76)	2.8 2(2.44)
Sjellje agresive	8.87 (5.64)	8.50 (5.43)	8.84 (6.22)	10.71(7.12)

Të dhënat tona për fëmijët, anojnë pozitivisht (skew) siç është tipike për pikët e problemeve në mostrat përgjithsuese të popullatave, ku shumica e fëmijëve kanë relativisht pak probleme. Megjithatë, për arsye që analiza e variancës një dhe dy drejtimëshe (ANOVA) janë shumë të fuqishme në lidhje me devijimet nga normaliteti, sidomos me mostra të mëdha (Kirk, 1995), kemi analizuar rezultatet e patransformuara. Me të dhënat e fituara nga forma CBCL, me qëllimin e analizimit të lidhmërisë së gjinisë dhe moshës me shkallët empirike, u zhvillua ANOVA dykahëshe. Rezultatet e fituara përmes kësaj analize [2 (gjinia) x 4 (grup mosha)] për vlerat e shkallëve empirike sipas vlerësimit të prindërve, treguan ndryshime statistikisht të vlefshme në disa prej tyre me grupmoshën e fëmijëve, dhe në disa të tjera këto ndryshime janë të vlefshme statistikisht edhe për gjininë e tyre.

Për emocionet ndryshimet janë statistikisht të vlefshme si për gjininë, të prezantuara përmes vlerave: $F(1, 753) = 3.84, p = .05, \eta^2 = .00$ në favor të vajzave; ashtu edhe për grupmoshën e fëmijëve, e prezantuar përmes vlerave: $F(3, 751) = 6.18, p = .00, \eta^2 = .02$. Por sipas testit Tukey, këto dallime janë në grupmoshat me dy vite diferencë.

Për ankthin/depresionin dallimet nuk kanë vlerë statistikore për gjininë e fëmijëve, ndërsa janë të vlefshme për grupmoshën e fëmijëve, paraqitur me vlerat $F(3, 751) = 3.84$, $p = .01$, $\eta^2 = .01$. Edhe në këtë rast, po sipas testit Tukey, dallimet janë të vlefshme vetëm për grupmoshat me diferencë dy vite.

Në shkallën e ankesave trupore, ndryshimet statistikore janë prezente edhe në gjininë e fëmijëve, ku vajzat kanë treguar vlerat më të larta, edhe në grupmoshën e tyre. Për ndryshimet gjinore vlerat e prezantuara janë: $F(1, 753) = 6.16$, $p = .01$, $\eta^2 = .00$; ndërsa për grupmoshën, me dallimet në dy vite diferencë, vlerat e fituara janë: $F(3, 751) = 3.50$, $p = .01$, $\eta^2 = .01$.

Në rastet e tre shkallëve të tjera, tërheqja; problemet e vëmendjes dhe sjelljet agresive, vlerat e fituara nuk prezantojnë ndryshime statistikore përsa i përket gjinisë së fëmijëve. Por për grupmoshën këto dallime janë statistikisht të vlefshme dhe prezantohen me vlerat respektive: për tërheqjen $F(3, 751) = 10.80$, $p = .00$, $\eta^2 = .03$, ku fëmijët 4 vjeçarë treguan vlera më të larta ($MA = 1.47$; $DS = 1.98$) se fëmijët 3 vjeçarë ($MA = 2.57$; $DS = 2.34$); për problemet e vëmendjes vlera e fituar është: $F(3, 751) = 4.28$, $p = .00$, $\eta^2 = .01$, por sipas testit Tukey dallimet ndërmjet grupeve janë për grupet me dy vite diferencë; për sjelljet agresive kemi vlerat: $F(3, 751) = 3.76$, $p = .01$, $\eta^2 = .01$ dhe dallimet janë të vlefshme ndërmjet fëmijëve 5 vjeçarë ($MA = 10.71$; $DS = 7.12$) me fëmijët 4 vjeçarë ($MA = 8.84$; $DS = 6.22$).

Dallime të vlefshme statistikore edhe për gjininë edhe për grupmoshën e fëmijëve kemi në rastin e problemeve me gjumin. Kështu vlerat e fituara për gjininë janë: $F(1, 753) = 31.37$, $p = .00$, $\eta^2 = .04$, ku vajzat kanë treguar vlera më të larta se djemtë; dhe vlerat e fituara për grupmoshën janë: $F(3, 751) = 4.06$, $p = .00$, $\eta^2 = .01$, për fëmijët 5 vjeçarë (MA

=3.64; $DS=2.94$) të cilët treguan vlera më të larta se fëmijët 4 vjeçarë ($MA= 2.90$; $DS=1.88$).

Në analizën univariate të variancës, për gjininë dhe moshën bashkë, vlerat ishin jo-signifikante vetëm për problemet me gjumin, ndërkohë që për të gjitha shkallët e tjera empirike, gjinia dhe mosha treguan ndikim me të gjitha shkallët e tjera empirike. Vlerat e fituara janë: emocionalisht reaktive $F(3, 747) = 5.64, p = .00, \eta^2 = .02$; në shkallën empirike ankth, vlerat janë $F(3, 747) = 3.74, p = .01, \eta^2 = .01$; për ankesat trupore $F(3, 747) = 6.99, p = .00, \eta^2 = .02$; shkalla empirike e tërheqjes tregoi vlerat $F(3, 747) = 12.41, p = .00, \eta^2 = .05$; problemet me vëmendjen $F(3, 751) = 4.06, p = .00, \eta^2 = .01$ dhe për sjelljen agresive $F(3, 747) = 9.38, p = .00, \eta^2 = .04$. Në shkallën e sjelljeve agresive, rezultatet janë në favor të djemve ($MA= 9.19$; $DS=5.94$) kundrejt vajzave ($MA= 8.85$; $DS=6.18$), ndërkohë që për të gjitha shkallët e tjera janë vajzat dhe grupmosha më e madhe ato që kanë vlerat më të larta të mesatares.

Tabela 8

Rezultatet e Analizës ANOVA për Shkallët Empirike – CBCL

Shkallët empirike	Gjinia	Mosha	Gjinia & Mosha
Emocionalisht reaktive	$F(1, 753) = 3.84$ $p = .05$ $\eta^2 = .00$	$F(3, 751) = 6.18$ $p = .00$ $\eta^2 = .02$	$F(3, 747) = 5.64$ $p = .00$ $\eta^2 = .02$
Ankth/ depresion	JS	$F(3, 751) = 3.84$ $p = .01$	$F(3, 747) = 3.74$ $p = .01$

		$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .01$
Ankesat trupore	$F (1, 753) = 6.16$	$F (3, 751) = 3.50$	$F (3, 747) = 6.99$
	$p = .01$	$p = .01$	$p = .00$
	$\eta^2 = .0$	$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .02$
Tërheqje		$F (3, 751) = 10.80$	$F (3, 747) = 12.41$
	JS	$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .03$	$\eta^2 = .05$
Probleme me gjumin	$F (1, 753) = 31.37$	$F (3, 751) = 4.06$	
	$p = .00$	$p = .00$	JS
	$\eta^2 = .04$	$\eta^2 = .01$	
Probleme me vëmendje		$F (3, 751) = 4.28$	$F (3, 747) = 7.26$
	JS	$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .03$
Sjellje agresive		$F (3, 751) = 3.76$	$F (3, 747) = 9.38$
	JS	$p = .01$	$p = .00$
		$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .04$

[Shënim. F = vlera e raportit midis variacionit të grupit me variacionin brenda grupit.

η^2 = madhësia e efektit.

JS =jo e vlefshme statistikisht.

p=vlera e signifkancës në .05.]

Dy tabelat e mëposhtme, Tabela 9 dhe Tabela 10, paraqesin mesataren dhe devijimin standard nga vlerat e fituara nga forma CBCL për tre shkallët e gjera, internalizuese, eksternalizuese dhe problemet totale sipas gjinisë dhe moshës së fëmijëve. Si djemtë edhe

vajzat treguan vlera pothuajse të përafërta, ndërsa me rritjen e moshës janë rritur edhe vlerat e prezantuara në të gjitha shkallët.

Tabela 9

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale, sipas Gjinisë - CBCL

		Internalizuese		Externalizuese		Problemet Totale	
		MA	DS	MA	DS	MA	DS
Gjinia	Djem	10.58	8.79	11.54	7.34	33.46	23.14
	Vajza	11.61	8.37	11.20	7.56	35.09	21.92

Tabela 10

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale, sipas Moshës - CBCL

		Internalizuese		Externalizuese		Problemet Totale	
		MA	DS	MA	DS	MA	DS
Mosha	2 vjeç	9.75	9.22	11.00	6.85	32.18	21.77
	3 vjeç	9.76	6.65	10.70	6.53	30.95	17.78
	4 vjeç	12.03	8.08	11.29	7.55	35.27	21.50
	5 vjeç	13.40	10.98	13.53	9.17	41.09	31.18

Rezultatet e fituara nga analiza e variancës [2 (gjinia) x 4 (grup mosha)] për vlerat e problemeve internalizuese, eksternalizuese dhe problemeve totale treguan ndryshime

statistikisht të vlefshme në grupmoshën e fëmijëve por jo edhe në gjininë e tyre. Siç tregohet edhe në tabelën e mësipërme, për problemet internalizuese fëmijët 4 vjeçarë treguan vlera më të larta ($MA = 12.3$; $DS = 8.08$) se fëmijët 3 vjeçarë ($MA = 9.76$; $DS = 6.65$). Vlera e fituar: $F(3, 751) = 7.11$, $p = .00$, $\eta^2 = .02$. Për problemet eksternalizuese dallimi statistikor për fëmijët 5 vjeçarë ($MA = 13.53$; $DS = 9.17$) krahasuar me fëmijët 4 vjeçarë ($MA = 11.29$; $DS = 7.55$), shprehet në vlerat: $F(3, 751) = 4.1$, $p = .00$, $\eta^2 = .01$; ndërsa për problemet totale në vlerat: $F(3, 751) = 5.95$, $p = .00$, $\eta^2 = .02$. Dallimet e moshës janë në grupmoshat me dy vite diferencë.

Edhe për tre shkallët e gjera, analiza univariate e variancës, për gjininë dhe moshën bashkë, tregoi vlera të rëndësishme statistikore për të tre shkallët e gjera, të paraqitura në tabelën e mëposhtme.

Tabela 11

Rezultatet e Analizës ANOVA për Shkallët: Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet

<i>Totale – CBCL</i>			
Shkallët e gjera	Gjinia	Mosha	Gjinia & Mosha
Internalizuese	JS	$F(3, 751) = 7.11$	$F(3, 747) = 9.36$
		$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .02$	$\eta^2 = .04$
Externalizuese	JS	$F(3, 751) = 4.14$	$F(3, 747) = 9.88$
		$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .04$

Problemimet totale	$F(3, 751) = 5.95$	$F(3, 747) = 10.24$
JS	$p = .00$	$p = .00$
	$\eta^2 = .02$	$\eta^2 = .04$

[Shënim. F = vlera e raportit midis variacionit të grupit me variacionin brenda grupit.

η^2 = madhësia e efektit.

JS =jo e vlefshme statistikisht.

p=vlera e signifkancës në .05.]

Për përcaktimin e përqindjes së prevalencës në nivelin klinik, është përdorur vlera e $T > 63 (> 90\%)$ (Achenbach & Rescorla, 2001) për shkallët empirike sipas vlerësimit të prindërve. Duke ju referuar kësaj, kemi fituar vlerën prej 5 % për problemet emocionale; 4.5 % për ankthin; vlerën prej 2.3 % për ankesat trupore; 5 % për tërheqjen në vetvete; 4.5 % në problemet me gjumin; problemet me vëmendjen kanë treguar vlerën prej 3.4 % dhe 2.9 % për sjelljet aggressive. Në figurën e mëposhtme janë paraqitur numri i fëmijëve që kanë treguar nivel klinik të problemeve në shkallët empirike dhe përqindja e fituar.

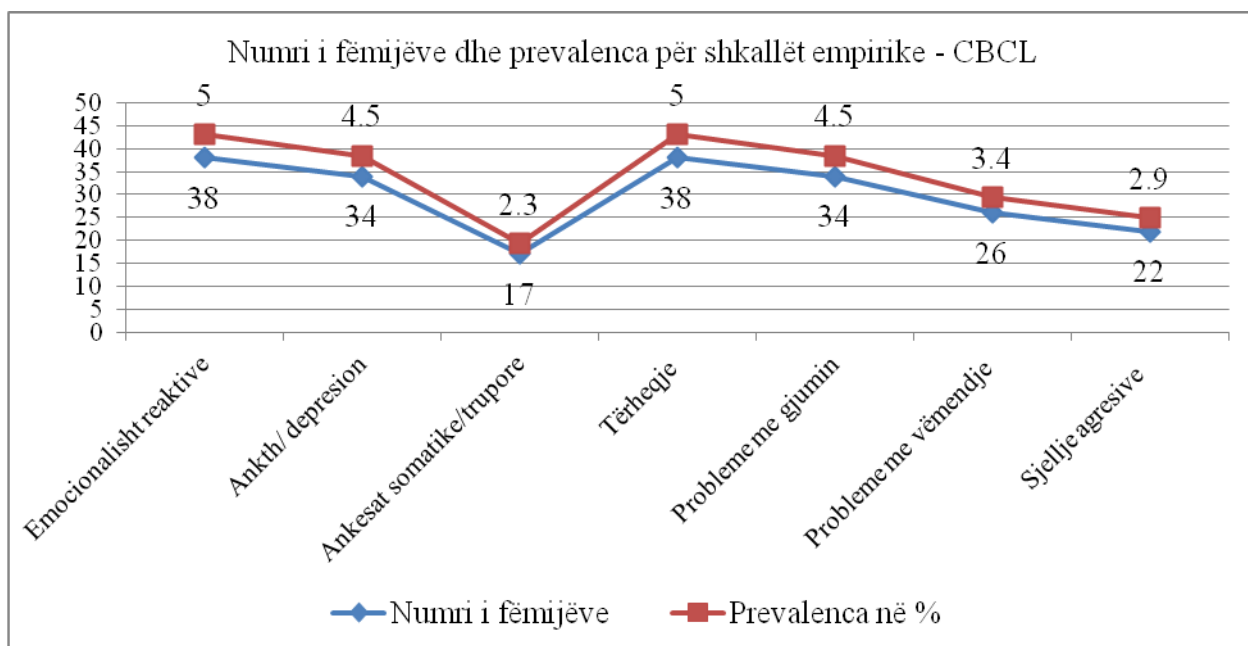


Figura 8. Paraqitja grafike në numër të fëmijëve dhe përqindje e prevalencës në shkallët empirike sipas prindërve: CBCL

Po ashtu, për përcaktimin e prevalencës për problemet internalizuese, eksternalizuese dhe problemet totale në nivelin klinik, është përdorur vlera e $T > 63$ ($> 90\%$) (Achenbach & Rescorla, 2001). Duke ju referuar kësaj, kemi fituar vlerën prej 2.8 % për problemet internalizues; 2.5 % për problemet eksternalizuese dhe vlerën prej 2.9 % për problemet totale, gjë që ka treguar përqindjen e fëmijëve të përcaktuar në rangun klinik. Kjo përqindje ka dhënë një vlerësim të prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve të institucionalizuar parashkollorë kosovarë sipas vlerësimit të prindërve.

Në tabelën dhe figurën e mëposhtme janë ofruar vlerat e prevalencës sipas gjinisë. Sipas figurës vajzat kanë treguar nivel më të lartë të prevalencës në problemet

internalizuese dhe lehtësisht më të larta në problemet totale, kurse djemtë kanë treguar vlera më të larta në problemet eksternalizuese.

Tabela 12

Numri i Fëmijëve dhe Prevalenca në Përqindje për Shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet Totale sipas Gjinisë: CBCL

	Internalizuese		Externalizuese		Problemet Totale	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Djem	15	3.2	21	4.4	20	4.2
Vajza	15	4.6	5	1.5	15	4.6

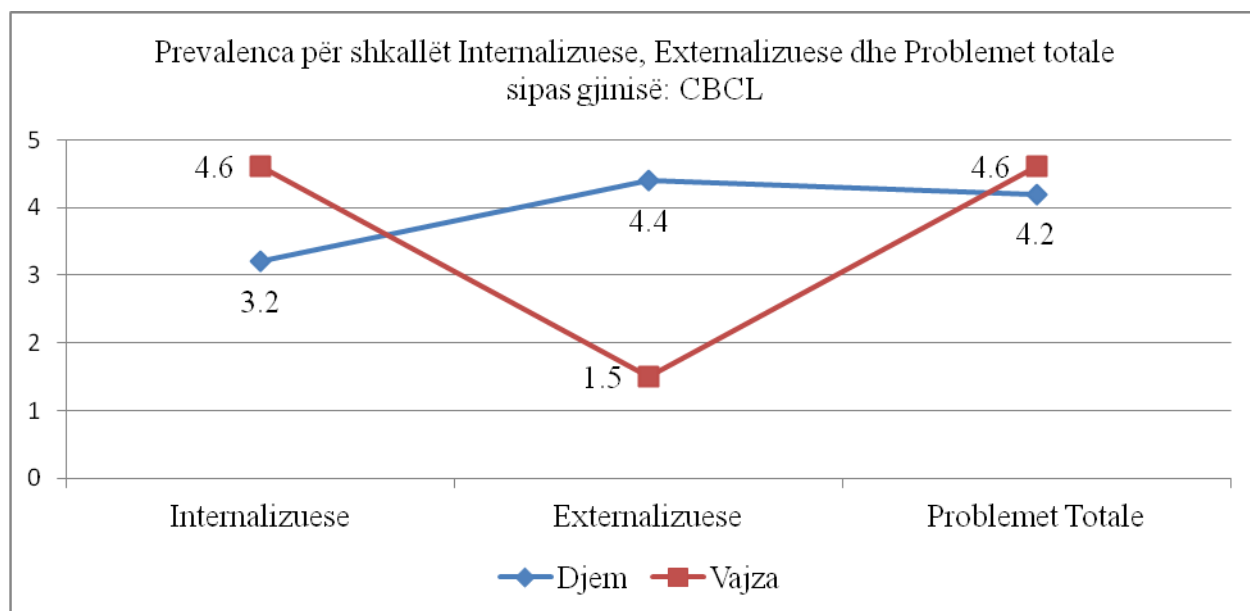


Figura 9. Paraqitja grafike në % e prevalencës për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale sipas gjinisë: CBCL

Vlerat e prevalencës sipas grupmoshës së fëmijëve janë të ofruara në tabelën dhe figurën në vazhdim (Tabela 13, Figura 10). Siç edhe është e dukshme, problemet internalizuese kanë treguar vlerat e tyre më të larta në moshën 3 dhe 4 vjeçare, ndërkohë që për problemet eksternalizuese dhe problemet totale vlerat më të larta janë treguar në grupmoshën 2 dhe 3 vjeç.

Tabela 13

Numri i Fëmijëve dhe Prevalenca në Përqindje për Shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet Totale sipas Grupmoshës: CBCL.

Mosha	Internalizuese		Externalizuese		Problemet Totale	
	<i>Nr.</i>	<i>%</i>	<i>Nr.</i>	<i>%</i>	<i>Nr.</i>	<i>%</i>
2 vjeç	8	4.4	6	3.3	8	4.4
3 vjeç	13	5.9	7	3.2	10	4.5
4 vjeç	11	4.7	7	3.0	4	1.7
5 vjeç	5	4.2	3	2.5	5	4.2

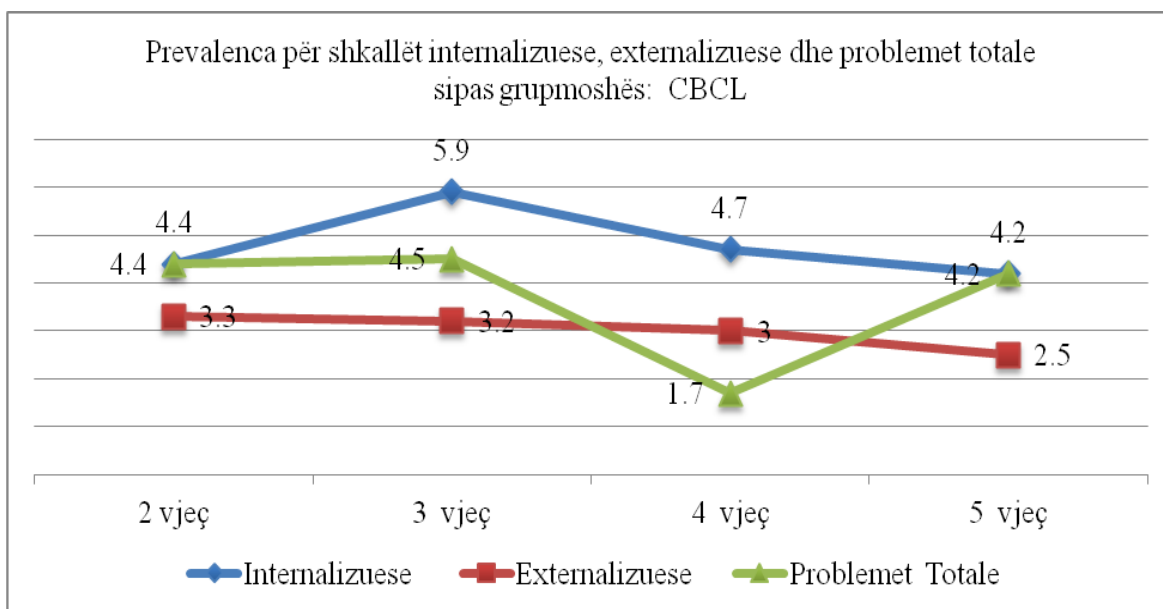


Figura 10. Paraqitja grafike në % e prevalencës për shkallët internalizuese, externalizuese dhe problemet totale sipas grupmoshës: CBCL

Figura e mëposhtme pasqyron numrin e fëmijëve dhe vlerat e prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes tek të gjithë fëmijët sipas prindërve. Vlerat e paraqitura janë të ulëta krahasuar me studimin e Jetishit (2010).

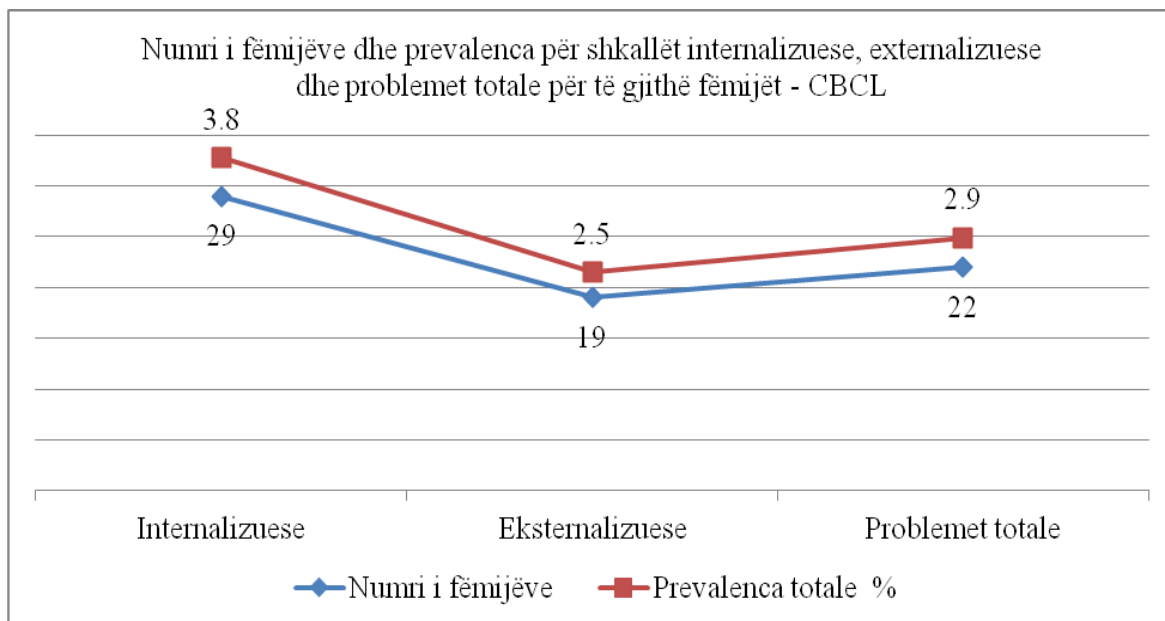


Figura 11. Paraqitja grafike në % e prevalencës për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale për të gjithë fëmijët: CBCL

Në dy tabelat e mëposhtme (Tabela 14 dhe Tabela 15) janë paraqitur mesatarja aritmetike dhe devijimi standard për shkallët e orientuara DSM, sipas gjinisë së fëmijëve, si rezultat i analizës me të dhënat e fituara nga prindërit. Siç vihet re nga tabela, vajzat tregojnë vlera lehtësisht më të larta se djemtë në dy shkallët e para, dhe vlera pothuajse të barabarta në tre shkallët e tjera.

Tabela 14

Mesatarja Aritmetike dhe Devijimi Standard për DSM-Shkallët e Orientuara sipas Gjinisë – CBCL

Shkallët e Orientuara	Gjinia					
	Djem		Vajza		Gjithsej	
	MA	DS	MA	DS	MA	DS
DSM - Afektive	2.21	2.58	2.75	2.55	2.45	2.58
DSM - Ankthi	4.33	3.21	4.84	3.27	4.55	3.25
DSM-Çrregullim kundërshtues	3.62	3.66	3.69	3.36	3.65	3.53
DSM- Vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	4.67	2.75	4.53	2.87	4.61	2.80
DSM - Çrregullimi pervaziv i zhvillimit	2.83	2.17	2.68	2.29	2.77	2.22

Tabela 15

Mesatarja Aritmetike & Devijimi Standard për DSM-Shkallët e Orientuara sipas Moshës- CBCL

Shkallët e orientuara	Grupmosha							
	2 vjeç		3 vjeç		4 vjeç		5 vjeç	
	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS
DSM - Afektive	2.30	2.47	1.89	2.00	2.57	2.35	3.48	3.6

DSM - Ankthi	4.27	3.30	4.15	3.02	4.85	3.32	5.18	3.2
								7
DSM- Çrregullim kundërshtues	3.25	3.64	3.30	3.29	4.09	3.16	4.07	4.3
								0
DSM- Vështirësi vëmendje/probleme hiperaktiviteti	4.46	2.50	4.36	2.72	4.57	2.82	5.41	3.2
								3
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	2.52	2.06	2.60	2.07	2.71	2.23	3.56	2.5
								5

Nga analiza e variancës në vlerat e shkallëve të orientuara të DSM, sipas vlerësimit të prindërve, vetëm dy shkallët e para, problemet afektive dhe problemet e ankthit, treguan vlera të dallueshme në nivel statistikor ndërmjet djemve dhe vajzave. Vlerat e fituara për problemet afektive janë: $F(1,753) = 8.27, p < .00, \eta^2 = .01$; (vajzat kanë treguar një nivel më të lartë të mesatares $MA=2.75$ $DS = 2.55$ sesa djemtë $MA=2.24$ $DS=2.58$). Po ashtu për problemet e ankthit vlerat e fituara nga ANOVA janë: $F(1,753) = 4.72, p = .03, \eta^2 = .00$ në favor të vajzave, dallim i prezantuar në tabelën e mësipërmve me vlerë më të lartë të mesatares. Nëse i referohemi tabelës nr. 14, vlerat në tre shkallët e tjera janë të përafërta dhe pa dallime të vlefshme statistikore ndërmjet tyre.

Tabela 16 tregon vlerat e fituara sipas moshës për shkallët e orientuara DSM, po sipas vlerësimit të prindërve (CBCL). Nga analiza e variancës, të gjitha shkallët e orientuara treguan vlera të dallueshme në nivel statistikor për fëmijët. Kështu, vlerat e fituara për problemet afektive janë: $F(3, 751) = 10.48, p = .00, \eta^2 = .03$; për problemet e ankthit: F

(3, 751) = 3.73, $p = .01$, $\eta^2 = .01$; për çrregullimin kundërshtues: $F(3, 751) = 3.26$, $p = .02$, $\eta^2 = .01$; për vështirësitë në vëmendje dhe hiperaktivitetin: $F(3, 751) = 3.98$, $p = .00$, $\eta^2 = .01$ dhe për çrregullimin pervaziv të zhvillimit: $F(3, 751) = 6.31$, $p = .00$, $\eta^2 = .02$. Në një analizë post-hoc, sipas testit Tukey HSD, në problemet afektive dallimet ndërmjet fëmijëve janë në grupmoshat 3 dhe 4 vjeçare, ($MA = 1.89$; $DS = 2.00$ vs. $MA = 2.57$; $DS = 2.35$) dhe fëmijët 4 dhe 5 vjeçarë ($MA = 2.57$; $DS = 2.35$ vs. $MA = 3.48$; $DS = 3.69$). Po ashtu, edhe për vështirësitë në vëmendje/hiperaktivitetin dhe për çrregullimin pervaziv të zhvillimit, dallimet janë vetëm ndërmjet fëmijëve të moshës 4 ($MA = 2.71$; $DS = 2.23$) dhe 5 vjeçare, ku këta të fundit kanë treguar vlera më të larta të mesatares ($MA = 3.56$; $DS = 2.55$).

Në analizën univariate të variancës, për gjininë dhe moshën bashkë, vlerat ishin signifikante për të pesë shkallët e orientuara. Në mënyrë më të përmblodhur, dallimet statistikisht të vlefshme dhe ato jostatikisht të vlefshme për secilën nga shkallët e orientuara në lidhje me gjininë dhe moshën e fëmijëve, paraqiten në tabelën e mëposhtme.

Tabela 16

Rezultatet e Analizës ANOVA për DSM-Shkallët e Orientuara – CBCL

DSM-shkallët e orientuara	Gjinia	Mosha	Gjinia & Mosha
DSM - Afektive	$F(1, 753)=8.27$	$F(3, 751)=10.48$	$F(3, 747)=8.6$
	$p = .00$	$p = .00$	$p = .00$
	$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .03$	$\eta^2 = .03$
DSM – Ankthi	$F(1, 753)=4.72$	$F(3, 751)=3.73$	$F(3, 747)=2.7$
	$p = .03$	$p = .01$	$p = .04$

	$\eta^2 = .00$	$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .01$
DSM-Çrregullim	JS	$F(3, 751)=3.26$	$F(3, 747)=10.8$
kundërshtues		$p = .02$	$p = .00$
		$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .01$
- Deficit(vështirësi) në	JS	$F(3, 751)=3.98$	$F(3, 747) = 7.2$
vëmendje/probleme		$p = .00$	$p = .00$
hiperaktiviteti		$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .02$
DSM - Çrregullim pervaziv i	JS	$F(3, 751)=6.31$	$F(3, 747)=8.1$
zhvillimit		$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .02$	$\eta^2 = .03$

[Shënim. F= vlera e raportit midis variacionit të grupit me variacionin brenda grupit.

η^2 = madhësia e efektit.

JS =jo e vlefshme statistikisht.

p=vlera e signifkancës në .05.]

Figura 12 në vazhdim, paraqet vlerat e fituara të numrit të fëmijëve dhe përqindjes përkatëse të prevalencës në shkallët e orientuara. Vlerat janë më të larta në problemet afektive dhe të ankthit dhe relativisht të ulëta në vështirësitë në vëmendje dhe problemet me hiperaktivitetin.

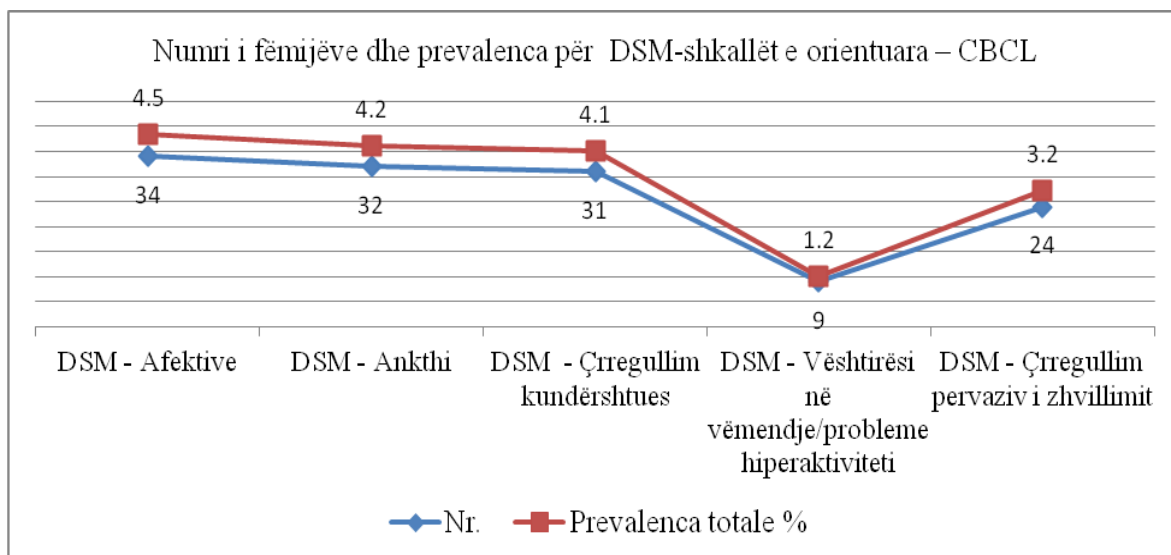


Figura 12. Numri i fëmijëve dhe prevalenca në % për DSM - shkallët e orientuara për të gjithë fëmijët: CBCL

4.3 Prezantimi i rezultateve nga forma për edukatorët parashkollore – C-TRF

1.5-5 për shkallët empirike dhe shkallët e gjera: internalizuese, eksternalizuese dhe problemet totale

Tabela 17 paraqet vlerat e koeficientëve α të fituara për formën e raportimit të edukatoreve parashkollore C-TRF. Me vlerën më të vogël prej .83 për problemet eksternalizuese dhe vlerën më të lartë prej 0.93 për problemet totale, konsistenca e brendshme e shkallëve, siguron besueshmëri të lartë. Këto vlera janë shumë të përafërta me vlerat e fituara nga pyetësi për prindër.

Tabela 17

Konsistenca e Brendshme (Cronbach α) e Raportuar nga Edukatorët Parashkollore (C-TRF form) për secilën Gjini dhe për të Gjithë Fëmijët

	Djem	Vajza	Gjithsej
	<i>Cronbach α</i>	<i>Cronbach α</i>	<i>Cronbach α</i>
Emocionalisht reaktive	.88	.88	.86
Ankth/ depresion	.88	.88	.86
Ankesat trupore	.88	.89	.87
Tërheqje	.87	.88	.86
Probleme me vëmendje	.87	.88	.86
Sjellje agresive	.86	.86	.84
Internalizuese	.86	.86	.86
Externalizuese	.85	.86	.83
Problemet në total	.91	.93	.92

DSM - Afektive	.88	.88	.86
DSM - Ankthi	.88	.88	.86
DSM – Çrregullim kundërshtues	.87	.88	.86
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	.87	.87	.85
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	.87	.88	.86

Ndërsa në Tabelat 18 dhe 19 janë paraqitur mesatarja dhe devijimi standard nga vlerat e fituara nga forma C-TRF për shkallët empirike sipas gjinisë dhe moshës së fëmijëve. Siç shihet nga tabelat, edhe nga vlerësimi i edukatoreve parashkollore, vlerat ndërmjet djemve dhe vajzave janë të përafërta. Kurse, përsa i përket gupmoshës së tyre, në këtë rast, vihet re një zvogëlim i vlerave me rritjen e moshës pothuajse në të gjitha shkallët empirike. Më tepër stabilitet në vlera ka treguar shkalla probleme me vëmendjen.

Tabela 18

Mesatarja & Devijimi Standard për Shkallët Empirike për Fëmijët dhe sipas Gjinisë: C-TRF

Shkallët empirike	Gjinia		
	Femra	Meshkuj	Gjithsej
	MA (DS)	MA (DS)	MA (DS)
Emocionalisht reaktive	2.16 (2.17)	2.13 (2.09)	2.15 (2.13)
Ankth/ depresion	3.48 (2.78)	3.48 (2.57)	3.48 (2.67)

Ankesat somatike/trupore	2.44 (1.84)	1.88 (1.60)	2.13 (1.74)
Tërheqje	3.16 (3.26)	3.15 (3.22)	3.15 (3.24)
Probleme me vëmendje	4.38 (3.37)	4.77 (3.09)	4.60 (3.22)
Sjellje agresive	9.36 (8.35)	10.21 (8.06)	9.83 (8.20)

Tabela 19

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Shkallët Empirike sipas Moshës: C-TRF

Shkallët empirike	Mosha			
	2 vjeç	3 vjeç	4 vjeç	5 vjeç
	MA (DS)	MA (DS)	MA (DS)	MA (DS)
Emocionalisht reaktive	2.19 (2.25)	2.53 (2.44)	2.02 (1.84)	1.76 (1.87)
Ankth/ depresion	4.15 (2.56)	3.92 (2.73)	3.43 (2.66)	2.01 (2.11)
Ankesat trupore	2.19 (1.83)	2.44 (1.85)	2.06 (1.59)	1.70 (1.60)
Tërheqje	3.52 (3.69)	3.46 (3.11)	3.23 (3.22)	2.05 (2.48)
Probleme me vëmendje	4.98 (3.44)	4.73 (3.18)	4.19 (3.01)	4.69 (3.33)
Sjellje agresive	11.98(8.55)	10.82 (9.14)	8.48 (6.88)	8.10 (7.83)

Në tabelat e mësipërme, rezultatet e fituara përmes analizës së variancës [2 (gjinia) x 4 (grup mosha)] për vlerat e shkallëve empirike sipas vlerësimit të edukatoreve parashkollore, të gjitha shkallët treguan ndryshime statistikisht të vlefshme në grupmoshën e fëmijëve dhe vetëm shkalla e ankesave trupore shfaqti dallime të vlefshme edhe në gjininë e fëmijëve, ku

vajzat treguan vlera më të larta të mesatares ($MA = 2.44$; $DS = 1.84$ vs. $MA = 1.88$; $DS = 1.60$). Vlerat e fituara në ankesat trupore: $F(1, 849) = 22.13$, $p = .00$, $\eta^2 = .02$.

Dallimet në grupmoshën e fëmijëve, prezantohen me vlerat e fituara për shkallën emocionale: $F(3, 847) = 4.33$, $p = .00$, $\eta^2 = .01$, ku fëmijët 3 vjeçarë ($MA = 2.53$; $DS = 2.44$) kanë treguar vlera më të larta se fëmijët 4 vjeçarë ($MA = 1.76$; $DS = 1.87$). Për shkallën ankth/ depresion vlera e fituar $F(3, 847) = 22.29$, $p = .00$, $\eta^2 = .07$. Analiza post-hoc, Tukey HSD, tregoi që fëmijët 4 vjeçarë ($MA = 3.43$; $DS = 2.66$) prezantuan vlera më të larta se fëmijët 5 vjeçarë ($MA = 2.01$; $DS = 2.11$). Për ankesat trupore, vlera e fituar ishte: $F(3, 847) = 5.53$, $p = .00$, $\eta^2 = .02$. Analiza Tukey, tregoi që dallimet janë ndërmjet grupeve të fëmijëve me nga dy vite diferencë. Për shkallën e tërheqjes, vlera ishte: $F(3, 847) = 7.33$, $p < .00$, $\eta^2 = .02$. Analiza Tukey, tregoi që fëmijët 4 vjeçarë prezantuan vlera më të larta se fëmijët 5 vjeçarë ($MA = 3.23$; $DS = 3.22$ vs $MA = 2.05$; $DS = 2.48$). Vlera $F(3, 847) = 2.69$, $p = .04$, $\eta^2 = .01$ ishte për shkallën e problemeve me vëmendjen, në të cilën pas analizës Tukey, dallimet ndërmjet grupmoshave, ishin të vlefshme vetëm me grupet me dy vite diferencë ndërmjet tyre. Ndërkohë, vlera për sjelljen agresive ishte: $F(3, 847) = 10.77$, $p = .00$, $\eta^2 = .04$, për të cilën pas testit Tukey, dallimet ishin të vlefshme vetëm ndërmjet fëmijëve 3 dhe 4 vjeçarë. Interesant ishte fakti që ishin fëmijët 3 vjeçarë ata që treguan vlera më të larta ($MA = 10.82$; $DS = 9.14$) se sa fëmijët 4 vjeçarë ($MA = 8.48$; $DS = 6.88$).

Në analizën univariate të variancës dy drejtimëshe, për gjininë dhe moshën bashkë, vlerat nuk ishin signifikante për shkallën emocionale dhe të ankesave trupore, ndërkohë që për të gjitha shkallët e tjera vlerat ishin të rëndësishme statistikore. Në mënyrë më të përmblodhur, dallimet statistikisht të vlefshme dhe ato jostatikisht të vlefshme për secilën

nga shkallët empirike në lidhje me gjininë dhe moshën e fëmijëve, paraqiten në tabelën e mëposhtme.

Tabela 20

Rezultatet e Analizës ANOVA për Shkallët Empirike C-TRF

Shkallët empirike	Gjinia	Mosha	Gjinia & Mosha
Emocionalisht reaktive	JS	$F(3, 847) = 4.33$ $p = .00$ $\eta^2 = .01$	JS
Ankth/ depresion	JS	$F(3, 847) = 22.29$ $p = .00$ $\eta^2 = .07$	$F(3, 843) = 3.98$ $p = .00$ $\eta^2 = .01$
Ankesat trupore	$F(1, 849) = 22.13$ $p = .00$ $\eta^2 = .02$	$F(3, 847) = 5.53$ $p = .00$ $\eta^2 = .02$	JS
Tërheqje	JS	$F(3, 847) = 7.33$ $p = .00$ $\eta^2 = .02$	$F(3, 843) = 3.89$ $p = .00$ $\eta^2 = .01$
Probleme me vëmendje	JS	$F(3, 847) = 2.69$ $p = .04$ $\eta^2 = .01$	$F(3, 843) = 9.86$ $p = .00$ $\eta^2 = .03$
Sjellje agresive	JS	$F(3, 847) = 10.77$	$F(3, 843) = 6.56$

$$p = .00$$

$$p = .00$$

$$\eta^2 = .04$$

$$\eta^2 = .02$$

[*Shënim.* F= vlera e raportit midis variacionit të grupit me variacionin brenda grupit.
 η^2 = madhësia e efektit.
 JS =jo e vlefshme statistikisht.
 p=vlera e signifkancës në .05.]

Rezultatet sipas gjinisë dhe grupmoshës së fëmijëve në mesataren aritmetike dhe devijimin standard për shkallët e gjera sipas edukatoreve parashkollore, janë paraqitur në dy tabelat e mëposhtme (Tabela 21 dhe Tabela 22). Vajzat tregojnë vlera pak më të larta se sa djemtë, ndërkohë që me rritjen e moshës kemi zvogëlim të vlerave të prezantuara në të gjitha shkallët. Ky rezultat është në kundërshtim me rezultatin e ofruar nga prindërit.

Tabela 21

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Shkallët, Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale, sipas gjinisë – C/TRF

		Internalizuese		Externalizuese		Problemet Totale	
		MA	DS	MA	DS	MA	DS
	Djem	10.64	7.79	14.98	10.45	35.67	22.39
Gjinia	Vajza	11.24	8.54	13.74	11.17	35.53	25.89

Tabela 22

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale, sipas moshës – C/TRF

		Internalizuese	Externalizuese	Problemet Totale
--	--	----------------	----------------	------------------

		<i>MA</i>	<i>DS</i>	<i>MA</i>	<i>DS</i>	<i>MA</i>	<i>DS</i>
Mosha	2 vjeç	12.05	8.93	16.96	11.48	40.52	27.79
	3 vjeç	12.34	8.48	15.55	11.76	39.53	26.19
	4 vjeç	10.74	7.51	12.67	9.19	32.74	20.21
	5 vjeç	7.52	6.55	12.79	10.47	28.70	19.14

Ashtu sikurse edhe për pyetësin për prindër, edhe rezultatet e fituara nga analiza e variancës për gjininë dhe për grup moshën me pyetësin për edukatore parashkollore për vlerat e problemeve internalizuese, eksternalizuese dhe problemeve totale treguan ndryshim statistikisht të vlefshëm në grupmoshën e fëmijëve por jo edhe në gjininë e tyre. Siç tregohet edhe në tabelën e mësipërme, për problemet internalizuese fëmijët më të mëdhenj (5 vjeç) në moshë treguan rezultat më të ulët të vlerave sesa fëmijët me moshë më të vogël (4 vjeç): $F(3, 847) = 12.44, p = .00, \eta^2 = 0.04$. Për problemet eksternalizuese dallimi statistikor ishte për fëmijët 3 vjeçarë ($MA=15.55; DS=11.76$) dhe 4 vjeçarë ($MA=39.53; DS=26.19$), në vlerat $F(3, 847) = 8.36, p = .00, \eta^2 = .03$; e përcaktuar nga analiza post-hoc, Tukey. Edhe për problemet totale vlera e fituar ishte: $F(3, 847) = 10.42, p = .00, \eta^2 = .03$. Pas analizës Tukey, dallimi ishte i vlefshëm për fëmijët 3 vjeçarë ($MA=39.53; DS=26.19$) të cilët treguan vlera më të larta se fëmijët 4 vjeçarë ($MA=32.74; DS=20.21$).

Analiza dydrejtimëshe e variancës, për gjininë dhe moshën bashkë, tregoi që vlerat ishin signifikante për të tre shkallët e gjera. Në mënyrë më të përmblodhur, dallimet statistikisht të vlefshme dhe ato jostatikisht të vlefshme në lidhje me gjininë dhe moshën e fëmijëve, paraqiten në tabelën e mëposhtme

Tabela 23

Rezultatet e Analizës ANOVA për Shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet

Totale- C/TRF

Shkallët e gjera	Gjinia	Mosha	Gjinia & Mosha
Internalizuese		$F(3, 847) = 12.44$	$F(3, 843) = 3.07$
	JS	$p = .00$	$p = .02$
		$\eta^2 = .04$	$\eta^2 = .01$
Eksternalizuese		$F(3, 847) = 8.36$	$F(3, 843) = 8.32$
	JS	$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .03$	$\eta^2 = .03$
Problemet totale		$F(3, 847) = 10.42$	$F(3, 843) = 7.47$
	JS	$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .03$	$\eta^2 = .03$

[Shënim. F= vlera e raportit midis variacionit të grupit me variacionin brenda grupit.

η^2 = madhësia e efektit.

JS =jo e vlefshme statistikisht.

p=vlera e signifkancës në .05.]

Duke përdorur vlerën e $T > 63$ (> 90%; Achenbach & Rescorla, 2001), por sipas vlerësimit të edukatoreve parashkollore përmes C-TRF, për pothuajse të njëjtin grup të fëmijëve, numri i fëmijëve dhe vlerat e prevalencës së fituar në nivelin klinik për të gjithë fëmijët janë të paraqitura në Figurën e mëposhtme (13). Siç shihet, për shkallën emocionalisht reaktive vlera e fituar është 4.6 %; për ankthin dhe depresionin 5.5%; 3.5% për ankesat trupore, ndërkohë që 5.6 % për tërheqjen në vetvete; vlera prej 4.6%

karakterizon problemet me vëmendjen, ndërkohë që sjelljet agresive janë shprehur me vlerën prej 5.5%.

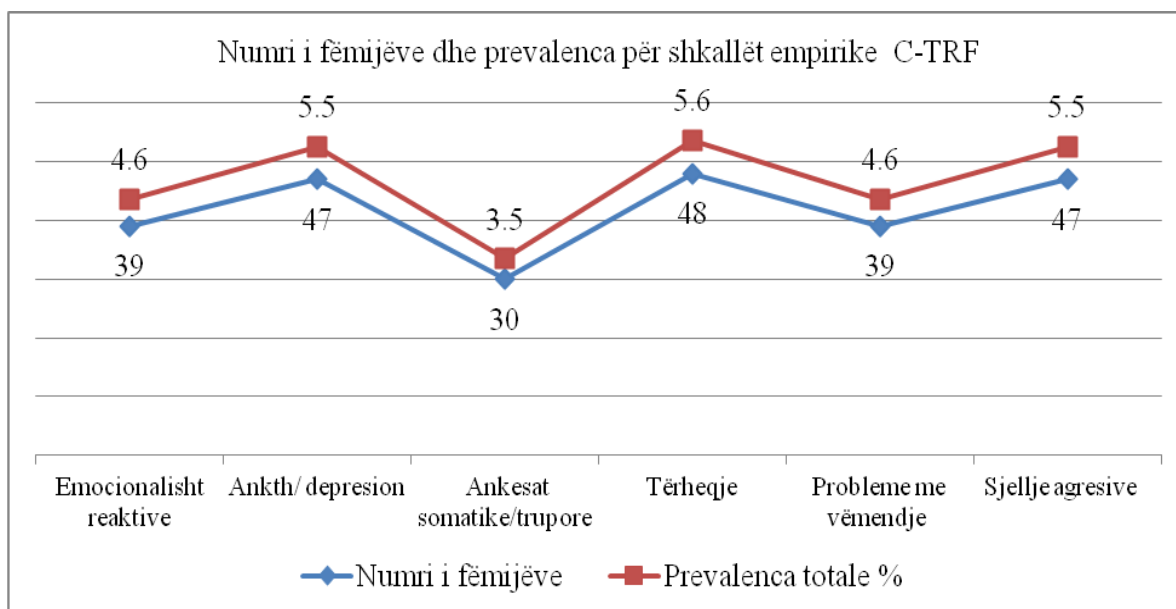


Figura 13. Numri i fëmijëve dhe prevalenca në % për shkallët empirike: CTRF

Duke përdorur vlerën e $T > 63$ ($> 90\%$; Achenbach & Rescorla, 2001), por sipas vlerësimit të edukatoreve parashkollore përmes C-TRF, për të njëjtin grup të fëmijëve, vlerat e prevalencës së fituar në nivelin klinik, për shkallët e gjera, sipas gjinisë janë të paraqitura në Tabelën 24 dhe figurën 14. Sipas tabelës, vajzat kanë treguar vlera më të larta se sa djemtë. Për vajzat kemi fituar vlerën prej 5.6 % për problemet internalizues, 7.9 % për problemet eksternalizuese dhe vlerën prej 5.6 % për problemet totale, gjë që ka treguar përqindjen e fëmijëve të përcaktuar në rangun klinik.

Tabela 24

Prevalenca për Shkallët Internalizuese, Eksternalizuese dhe Problemet totale sipas Gjinisë:

C-TRF

	Internalizuese		Eksternalizuese		Problemet Totale	
	N	%	N	%	N	%
Djem	15	3.2	21	4.4	20	4.2
Vajza	21	5.6	30	7.9	21	5.6

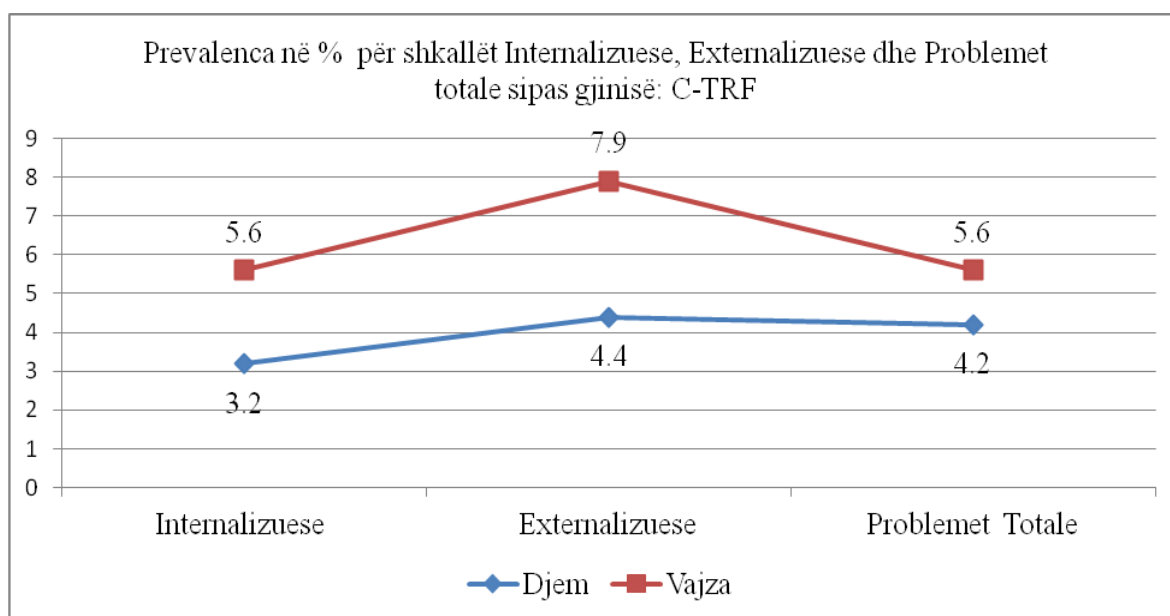


Figura 14. Paraqitja grafike në % e prevalencës për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale sipas gjinisë: C-TRF

Vlerat e prevalencës për secilën moshë në të tre shkallët e gjera po sipas këndvështrimi të edukatoreve parashkollore, paraqiten në Tabelën 25 dhe Figurën 15. Janë fëmijët dy

vjeçarë ata që kanë treguar vlerat më të larta në të tre shkallët. Përsa i përket problemeve internalizuese, vlerat tona pësojnë një rënie në moshën 3 vjeçare e pastaj vihet re një stabilitet me rritjen e moshës. Për problemet eksternalizuese kemi një rritje të vlerave në moshën 4 vjeçare. Ndërkohë vlerat e problemeve totale janë të qëndrueshme në moshën 4 dhe 5 vjeçare.

Tabela 25

Prevalenca për Shkallët e Gjera sipas Grupmoshës për C-TRF

	Internalizuese		Externalizuese		Problemet Totale	
	.	%	N	%	N	%
2 vjeç	14	7.0	14	7.0	14	7.0
3 vjeç	10	4.7	7	3.3	10	4.7
4 vjeç	9	3.1	25	8.6	18	6.2
5 vjeç	6	4.1	6	4.1	10	6.9
Të gjithë fëmijët	43	5.1	43	5.1	36	4.2

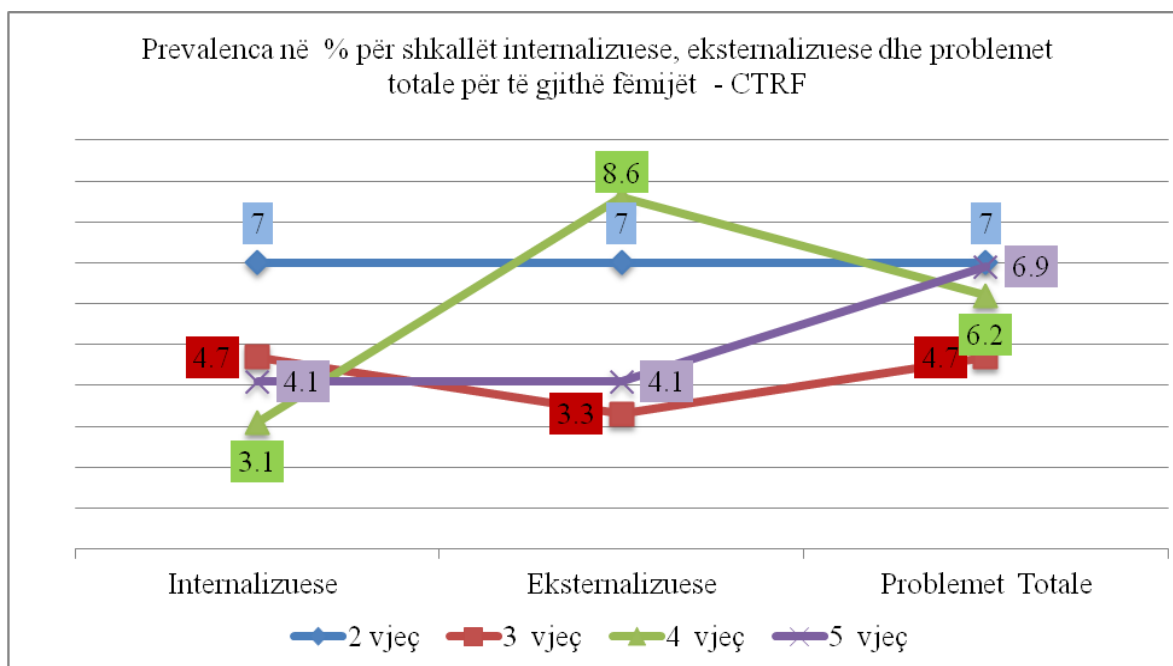


Figura 15. Paraqitja grafike në % e prevalencës për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale sipas grupmoshës: C-TRF

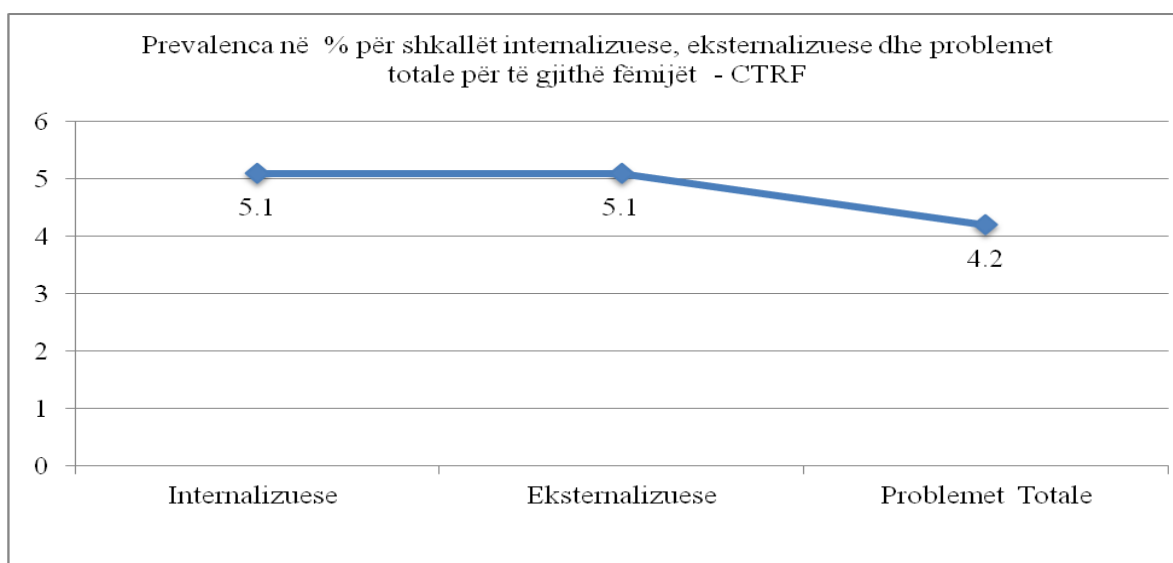


Figura 16. Paraqitja grafike në % e prevalencës për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale për të gjithë fëmijët: C-TRF

Në Tabelën 26, prezantohen vlerat e mesatares aritmetike dhe devijimit standard për DSM-Shkallët e Orientuara sipas gjinisë. Sipas këndvështrimit të edukatoreve parashkollore, djemtë dhe vajzat kanë treguar vlera shumë të përafërta në problemet afektive, problemet e ankthit dhe problemet kundërshtuese, ndërkohë që në problemet pervazive të zhvillimit dhe vështirësitë në vëmendje me probleme hiperaktiviteti janë djemtë ata me vlera më të larta se vajzat.

Tabela 26

Mesatarja dhe Devijimi Standard për DSM-Shkallët e Orientuara sipas Gjinisë për C-TRF

DSM-shkallët e orientuara	Gjinia					
	Djem		Vajza		Gjithsej	
	MA	DS	MA	DS	MA	DS
DSM - Afektive	1.79	2.23	1.96	2.42	1.87	2.32
DSM - Ankthi	2.49	2.15	2.62	2.28	2.55	2.21
DSM- Çrregullim kundërshtues	4.53	3.69	4.72	4.16	4.61	3.91
DSM – Vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	7.64	4.48	7.01	4.93	7.36	4.67
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	3.10	2.73	2.65	2.72	2.90	2.74

Nga analiza e variancës në vlerat e shkallëve të orientuara të DSM, sipas vlerësimit të edukatoreve parashkollore, vetëm dy shkallët e fundit: deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti dhe çrregullimi pervaziv i zhvillimit, treguan vlera të dallueshme në nivel statistikor ndërmjet djemve dhe vajzave. Vlerat e fituara për problemet deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti janë: $F(1, 849) = 3.74, p = .05, \eta^2 = .00$; për djemtë të cilët kanë treguar një nivel më të lartë të mesatares sesa vajzat ($MA = 7.64; DS = 4.48$ vs. $MA = 7.01; DS = 4.93$). Po ashtu për çrregullimin pervaziv të zhvillimit, vlerat e fituara nga ANOVA janë: $F(1, 849) = 5.50, p = .02, \eta^2 = .00$ në favor të djemve ($MA = 3.10; DS = 2.73$) kundrejt vajzave ($MA = 2.65; DS = 2.72$). Nëse i referohemi tabelës, vlerat në tre shkallët e tjera janë të përafërta dhe pa dallime të vlefshme statistikore ndërmjet tyre.

Ndërkohë, Tabela 27 prezanton vlerat e mesatares aritmetike dhe devijimit standard për DSM-Shkallët e Orientuara sipas moshës. Është interesant fakti se në të gjitha grupmoshat, vlerat më të larta janë fituar për DSM- çrregullim kundërshtues dhe DSM - vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti. Ndërkohë për pothuajse të gjitha shkallët e orientuara, vihet re një rënie e vlerave me rritjen e moshës. Përjashtim bën DSM-vështirësi në vëmendje probleme hiperaktiviteti ku këto vlera kanë më tepër qëndrueshmëri.

Tabela 27

Mesatarja Aritmetike dhe Devijimi Standard për DSM-Shkallët e Orientuara sipas Moshës C-TRF

DSM-shkallët e	Grupmosha			
	2 vjeç	3 vjeç	4 vjeç	5 vjeç

orientuara	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS
DSM - Afektive	2.26	2.65	2.19	2.45	1.74	2.09	1.09	1.86
DSM - Ankthi	3.23	2.22	2.99	2.35	2.40	1.97	1.25	1.87
DSM- Çrregullim kundërshtues	5.11	4.50	5.27	4.15	4.55	3.50	3.08	2.93
DSM - Deficit(vështirësi) vëmendje/problem e hiperaktiviteti	8.14	5.08	7.46	4.81	6.53	4.13	7.79	4.85
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	3.40	2.84	3.31	2.96	2.50	2.48	2.39	2.52

Nga analiza e variancës, të gjitha shkallët e orientuara treguan vlera të dallueshme në nivel statistikor, dhe nëse i referohemi vlerave në tabelë, fëmijët më të vegjël në moshë kanë treguar vlera më të larta se sa fëmijët më të mëdhenj, me përjashtim të problemeve në vëmendje dhe hiperaktivitetit.

Kështu, vlerat e fituara për problemet afektive janë: $F(3, 847) = 9.24, p = .00, \eta^2 = .03$. Analiza Tukey, tregoi që fëmijët 4 vjeç prezantuan vlera më të larta se fëmijët 5 vjeç. Për problemet e ankthit, ANOVA prezantoi vlerat: $F(3, 847) = 28.95, p = .00, \eta^2 = .09$. Në një analizë post-hoc, Tukey tregoi që dallimet janë të vlefshme edhe ndërmjet fëmijëve të moshës 3 dhe 4 vjeçare edhe ndërmjet fëmijëve të moshës 4 dhe 5 vjeçare, ku fëmijët me moshë më të vogël kanë treguar vlera më të larta të mesatares aritmetike.

Për çrregullimin kundërshtues ANOVA tregoi vlerat: $F(3, 847) = 10.88, p = .00, \eta^2 = .03$, të cilat në një analizë post-hoc -Tukey, treguan që dallimet janë të vlefshme vetëm për fëmijët 4 dhe 5 vjeçarë në favor të fëmijëve 4 vjeç. Për vështirësitë në vëmendje dhe

problemët me hiperaktivitetin, analiza e variancës tregoi vlerat: $F(3, 847)=5.38$, $p = .00$, $\eta^2 = .01$. Analiza post-hoc e Tukey, tregoi dallimin ndërmjet fëmijëve 4 dhe 5 vjeçarë, me vlera më të larta për fëmijët 5 vjeç. Rezultatet e ANOVA për çrregullimin pervaziv të zhvillimit, ishin: $F(3, 847) = 7.78$ $p = .00$, $\eta^2 = .00$, për të cilat analiza Tukey, tregoi që ky dallim vlen për grupmoshat 3 dhe 4 vjeç, në favor të fëmijëve 3 vjeçarë.

Tabela 28

Rezultatet e Analizës ANOVA për DSM-Shkallët e Orientuara – C-TRF

DSM-shkallët e orientuara	Gjinia	Mosha	Gjinia & Mosha
DSM - Afektive		$F(3, 847)=9.24$	$F(3, 843)=3.9$
	<i>JS</i>	$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .03$	$\eta^2 = .01$
DSM - Ankthi		$F(3, 847) = 28.95$	$F(3, 843) = 3.3$
	<i>JS</i>	$p = .00$	$p = .01$
		$\eta^2 = .09$	$\eta^2 = .01$
DSM-Çrregullim kundërshtues		$F(3, 847)=10.88$	$F(3, 843) = 4.7$
	<i>JS</i>	$p = .00$	$p = .00$
		$\eta^2 = .03$	$\eta^2 = .01$
- Vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	$F(1, 849) = 3.74$	$F(3, 847) = 5.38$	$F(3, 843) = 10.2$
	$p = .05$	$p = .00$	$p = .00$
	$\eta^2 = .00$	$\eta^2 = .01$	$\eta^2 = .03$
DSM - Çrregullim	$F(1, 849) = 5.50$	$F(3, 847) = 7.76$	

pervaziv i zhvillimit	$p = .02$ $\eta^2 = .00$	$p = .00$ $\eta^2 = .02$	JS
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----

[Shënim. F= vlera e raportit midis variacionit të grupit me variacionin brenda grupit.
 η^2 = madhësia e efektit.
 JS =jo e vlefshme statistikisht.
 p=vlera e signifkancës në .05.]

Siç shihet nga Tabela 28, në rezultatet e ANOVA-s dydrejtimëshe për moshën dhe gjininë bashkë, dallimet janë statistikisht të vlefshme për pothuajse të gjitha shkallët e orientuara me përjashtim të çrregullimit pervaziv të zhvillimit, për të cilin dallimi nuk ishte i rëndësishëm statistikore.

Pasqyrimi i prevalencës dhe numrit të fëmijëve për përqindjen përkatëse , për të gjitha shkallët e orientuara, bëhet në Figurën në vazhdim. Vlerat më të larta janë fituar për çrregullimin afektiv, çrregullimin e ankthit dhe vështirësitë në vëmendje/hiperaktiviteti , ndërkohë që vlera më e ulët është treguar në çrregullimin pervaziv të zhvillimit.

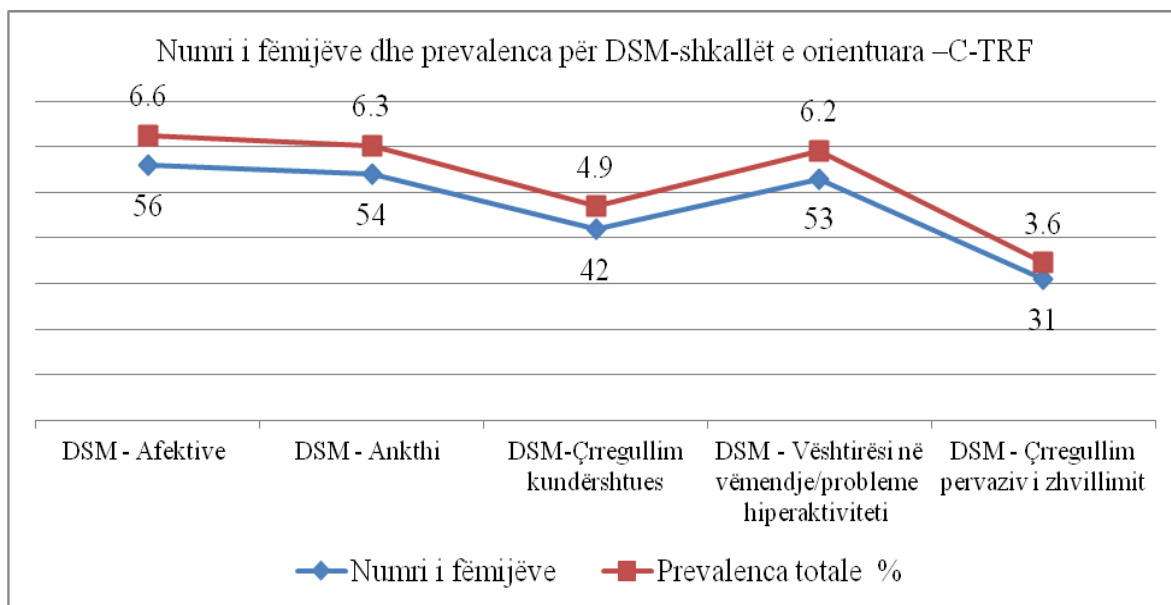


Figura 17. Prevalenca në përqindje për DSM-shkallët e orientuara / C-TRF

4.4 Komorbiditeti i paraqitjes së problemeve emocionale dhe të sjelljes, sipas prindërve dhe edukatoreve parashkollore: CBCL & C-TRF

Niveli i paraqitjes së komorbiditetit për shkallët e orientuara nga informacioni nga prindërit, janë të paraqitura në tabelën në vijim.

Tabela 29

Komorbiditeti Ndërmjet Shkallëve të Orientuara DSM sipas raportit të prindërve: CBCL

	DSM	DSM	DSM 3	DSM 4	DSM 5
Shkallët e orientuara	Afektive	Ankth/ Depresion	Çrregullim kundërshtues	vështirësi vëmendje/ probleme hiperaktiviteti	Çrregullim pervaziv i zhvillimit
DSM Afektive		37.5%	45.2%	22.2 %	45.8 %
DSM Ankth/Depresion	35.3 %		38.7%	55.6%	54.2 %
DSM Çrregullim kundërshtues	41.2 %	37.5 %		0 %	37.5 %
DSM Deficit(vështirësi) në vëmendje/problem e hiperaktiviteti	5.9 %	15.6 %	0%		12.5 %
DSM Çrregullim pervaziv i zhvillimit	32.4 %	40.6 %	29.0%	33.3 %	

Rezultatet në përqindje të ofruara në tabelë, janë vërtet të larta. Vlera të tilla janë tregues i nivelit të lartë të bashkëparaqitjes së këtyre problemeve tek fëmijët e institucionalizuar 2-5 vjeç në Kosovë sipas këndvështrimit të prindërve. Përqindjet e prezantuara vlejné për të treguar se si fëmijët që kanë nivel klinik në një shkallë, kanë po ashtu nivel klinik edhe në shkallën tjetër. Nivel më të lartë të komorbiditetit kanë paraqitur shkallët DSM-Afektive me DSM - çrregullim kundërshtues (41.2 %); DSM - ankth/depresion me DSM- çrregullimin pervaziv të zhvillimit (40.6 %); DSM- Çrregullimi kundërshtues me DSM-Afektive (45.2 %); DSM- Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti me DSM- Ankth/depresion (55.6%); DSM- Çrregullimi pervaziv i zhvillimit me DSM- Afektive (45.8%) dhe me DSM-Ankth/depresion (54.2 %). Vlerat zero janë paraqitur për shkallët DSM - Çrregullimi kundërshtues dhe DSM- Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti. Ndërkohë që vlera të ulëta të komorbiditetit janë prezantuar në shkallët DSM-Afektive me DSM- Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti (5.9 %); DSM- Çrregullim pervaziv i zhvillimit me DSM- Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti (12.5 %).

Po ashtu, niveli i paraqitjes së komorbiditetit për shkallët e orientuara nga informacioni nga edukatorët parashkollorë, janë të paraqitura në tabelën në vijim.

Tabela 30

Komorbiditeti Ndërmjet Shkallëve të Orientuara DSM sipas Raportit të Edukatoreve Parashkollorë – C/TRF

	DSM	DSM	DSM	DSM	DSM
Shkallët e orientuara	Afektive	Ankth/	Çrregulli	vështirësi	Çrregullim

		Depresion	m	vëmendje/	pervaziv i
			kundërsht	probleme	zhvillimit
			ues	hiperaktivi	teti
DSM		50 %	69 %	37.7 %	41.9 %
Afektive					
DSM	48.2 %		69 %	32.1 %	64.5 %
Ankth/Depresion					
DSM	51.8 %	53.7 %		41.5%	54.8%
Çrregullim					
kundërshtues					
DSM Vështirësi në	35.7%	31.5 %	52.4 %		51.6 %
vëmendje/					
hiperaktivitet					
DSM - Çrregullim	23.2%	37 %	40.5 %	30.2%	
pervaziv i zhvillimit					

Rezultatet e prezantuara nga edukatorët parashkollorë ofruan vlera relativisht të larta të komorbiditetit së këtyre problemeve, më të larta se vlerat e prezantuara nga prindërit. Sipas edukatoreve, nivel të lartë të komorbiditetit kanë paraqitur DSM-problemet afektive me DSM-ankthin/depresionin (48.25) dhe DSM-çrregullimin kundërshtues (51.8 %); DSM-ankthi/depresioni me DSM-çrregullimin kundërshtues (53.7%); DSM-çrregullimi kundërshtues me DSM-problemet afektive dhe DSM-ankthin/depresionin (69 %); DSM-çrregullim pervaziv i zhvillimit me DSM-ankthin/depresionin (64.5 %). Ndërkohë vlera më e ulët është paraqitur në komorbiditetin ndërmjet DSM-ankthit me DSM-çrregullim pervaziv të zhvillimit (23.2 %).

Për të parë korrelacionin ndërmjet shkallëve të orientuara DSM, u përdor korrelacioni i Pearson-it, rezultatet e të cilit janë paraqitur në tabelën e mëposhtme. Siç edhe shihet nga

tabela, është treguar korrelacion relativisht i lartë pozitiv ndërmjet të gjitha shkallëve të DSM. Korrelacion më të lartë kanë treguar DSM 1/ DSM 2 ($r=.608$); DSM 2/DSM 3 ($r=.633$); DSM 4/DSM 5 ($r=.675$); ndërkohë që korrelacioni më i ulët është treguar ndërmjet DSM 3/DSM 4 ($r=.463$) dhe DSM 5/DSM 3 ($r=.502$).

Tabela 31

Rezultatet nga Korrelacioni i Pearson-it, për Shkallët e Orientuara DSM, sipas CBCL

	DSM Afektive	DSM Ankthi	DSM Çrregullim kundërshtues	DSM Vështirësi në vëmendje/proble me
DSM - Ankthi	.608**			
DSM - Çrregullim kundërshtues	.625**	.633**		
DSM - Vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	.511**	.511**	.463**	
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	.594**	.512**	.502**	.675**

[Shënim. Korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < .01(**)$]

Pothuajse e njëjta gjë mund të thuhet edhe për vlerat e korrelacionit pozitiv ndërmjet shkallëve të orientuara sipas këndvështrimit të prindërve, të paraqitura në tabelën e mëposhtme. Në përgjithësi vlerat janë pozitive dhe të larta. Vlera më e ulët është gjetur ndërmjet DSM- afektive dhe DSM-ankth/depresion me DSM- Vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti ($r=.458$ / $r=.449$) dhe ndërmjet DSM- ankth/depresion

me DSM- Çrregullim pervaziv i zhvillimit ($r = .445$). Vlerat më të larta korrelative janë prezantuar ndërmjet DSM-afektive me DSM- Çrregullim kundërshtues ($r = .729$); ndërmjet DSM- Vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti me DSM- Çrregullim pervaziv i zhvillimit ($r = .704$); dhe ndërmjet DSM-afektive me DSM-ankth/depresion ($r = .679$).

Tabela 32

Rezultatet nga Korrelacioni i Pearson-it, për Shkallët e Orientuara DSM, sipas C-TRF

	DSM Afektive	DSM Ankthi	DSM Çrregullim kundërshtues	DSM Vështirësi në vëmendje/prob leme hiperaktiviteti
DSM Ankthi	.679**			
DSM Çrregullim kundërshtues	.729**	.625**		
DSM Vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	.458**	.449**	.511**	
DSM Çrregullim pervaziv i zhvillimit	.514**	.445**	.554**	.704**

[Shënim. Korrelacioni është significant në nivelin $p < .01(**)$]

Nga tabela e mësipërme, edhe për vlerat nga korrelacioni i Pearson-it, për shkallët e orientuara DSM, sipas edukatoreve parashkollore, ekziston një nivel i lartë i lidhmërisë ndërmjet tyre. Niveli më i lartë është treguar në DSM-çrregullim pervaziv i zhvillimit me DSM-vështirësi në vëmendje/probleme hiperaktiviteti; DSM-çrregullim kundërshtues me DSM-problemet afektive dhe me DSM-ankthin.

4.5 Prezantimi i rezultateve nga krahasimi ndërmjet të dy formave të pyetësorëve

CBCL 1.5-5 & C-TRF 1.5-5

Tabela e mëposhtme paraqet vlerat e koeficientit α për shkallët empirike, shkallët e gjera si dhe shkallët e orientuara (DSM) të prezantuara nga prindërit (CBCL) dhe edukatorët parashkollore (C-TRF). Siç shihet, vlerat e prezantuara janë me ndryshime shumë të vogla ndërmjet të dy formave.

Tabela 33

Koeficienti Alfa (Cronbach α) për Shkallët Empirike, tre Shkallët e gjera, Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet Total dhe DSM- Shkallët e Orientuara për CBCL dhe C-TRF

	CBCL	C-TRF
Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara	<i>Cronbach α</i>	<i>Cronbach α</i>
Emocionalisht reaktive	.88	.86
Ankth/ depresion	.87	.86
Ankesat somatike/trupore	.88	.87
Tërheqje	.88	.86
Probleme me vëmendje	.88	.86
Probleme me gjumin	.88	
Sjellje agresive	.87	.84
Internalizuese	.86	.86

Externalizuese	.87	.83
Problemet në total	.94	.92
DSM - Afektive	.88	.86
DSM - Ankthi	.88	.86
DSM - Çrregullim kundërshtues	.88	.86
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	.88	.85
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	.88	.86

Ndërkohë, Tabela 34 paraqet vlerat e mesatares aritmetike dhe devijimit standard në të gjitha shkallët nga të dy format. Vlerat e prezantuara paraqesin ndryshime në favor të formës së prindërve CBCL vetëm në disa shkallë, të tillat si ankesat trupore dhe DSM - çrregullimi i ankthit. Nga ana tjetër, vlerat e ofruara nga forma për edukatore parashkollore janë më të larta në disa shkallë të tjera si: tërheqje, probleme me vëmendje, problemet eksternalizuese dhe DSM - deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti.

Tabela 34

Mesatarja Aritmetike dhe Devijimi Standard në të gjitha Shkallët të Raportuar nga Prindërit dhe Edukatorët Parashkollore - CBCL & C-TRF

Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara	CBCL		C-TRF	
	MA	DS	MA	DS
Emocionalisht reaktive	2.35	2.49	2.15	2.13
Ankth/ depresion	3.54	2.73	3.48	2.67

Ankesat somatike/trupore	3.11	2.50	2.13	1.74
Tërheqje	2.03	2.43	3.15	3.24
Probleme me vëmendje	2.97	2.41	4.60	3.20
Probleme me gjumin	2.35	1.85		
Sjellje agresive	9.04	6.05	9.83	8.20
Internalizuese	11.03	8.62	10.91	8.13
Externalizuese	11.40	7.44	14.43	10.79
Problemet në total	34.17	22.62	35.61	23.99
DSM - Afektive	2.45	2.58	1.87	2.32
DSM - Ankthi	4.55	3.25	2.55	2.22
DSM - Çrregullim kundërshtues	3.65	3.53	4.61	3.91
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	4.61	2.80	7.36	4.70
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	2.77	2.23	2.90	2.74

Për të parë dallimet e mundshme statistikore ndërmjet të dhënave të ofruara nga prindërit dhe edukatorët parashkollore, u krye analiza e t-testit për grupet e paravura. Rezultatet treguan që edhe prindërit edhe edukatorët parashkollore kanë shprehur vlera pothuajse të njëjta për shkallët emocionale, ankthin/ depresionin, problemet internalizuese, problemet totale, dhe DSM- çrregullimin pervaziv të zhvillimit. Për të gjitha shkallët e tjera, dallimet ndërmjet tyre janë statistikisht të vlefshme.

Figura në vazhdim prezantjnë numrin e fëmijëve dhe vlerat në përqindje të prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes në shkallët empirike sipas të dy formave, CBCL dhe C-TRF. Nga tabela vihet re një përqindje pak më e lartë e këtyre vlerave të ofruara nga edukatorët parashkollore krahasuar me prindërit. Vlerat dukshëm më të larta janë prezantuar për sjelljet agresive (4.6 % kundrejt 2.9 %), problemet me gjumin (5.5 % kundrejt 3.4 %) dhe ankesat trupore (3.5 % kundrejt 2.3 %). Ndërkohë, vlera të përafërta janë treguar për problemet në tërheqje (5 % kundrejt 5.6 %) dhe problemet emocionale, ku vlerat e ofruara nga prindërit janë pak më të larta se vlerat e ofruara nga edukatorët parashkollore (5% kundrejt 4.6 %). Të përafërta janë edhe vlerat në problemet me vëmendjen (4.5 % - 4.6 %).

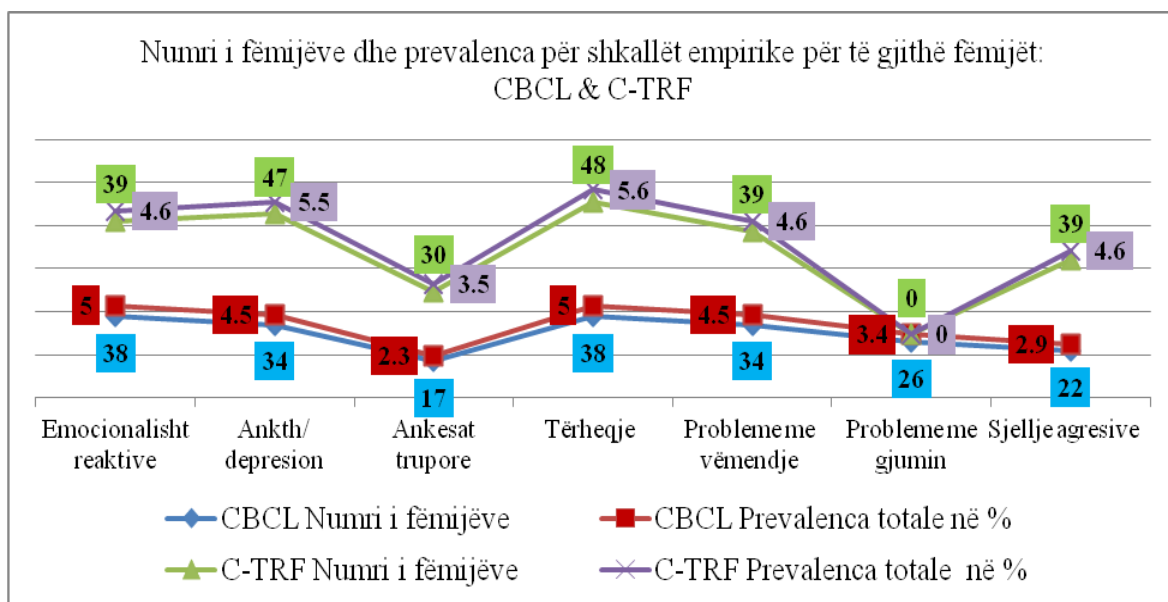


Figura 18. Paraqitja grafike e ndryshimeve të prevalencës për shkallët empirike: CBCL & C-TRF

Se cilat janë rezultatet për shkallët e gjera: internalizuese, eksternalizuese dhe problemet totale sipas gjinisë nga të dy informantët, na tregon Figura 19. Rezultatet tregojnë që në problemet internalizuese vajzat kanë treguar vlera më të larta se sa djemtë, sipas këndvështrimit edhe të prindërve edhe të edukatoreve parashkollore. Sipas prindërve, djemtë kanë treguar vlera më të larta të problemeve eksternalizuese se sa vajzat, ndërkohë që sipas edukatoreve parashkollore vajzat kanë nivele më të larta të sjelljeve eksternalizuese. Për problemet totale si prindërit ashtu edhe edukatorët parashkollore kanë ofruar vlera të njëjta për djemtë dhe të përafërta për vajzat.

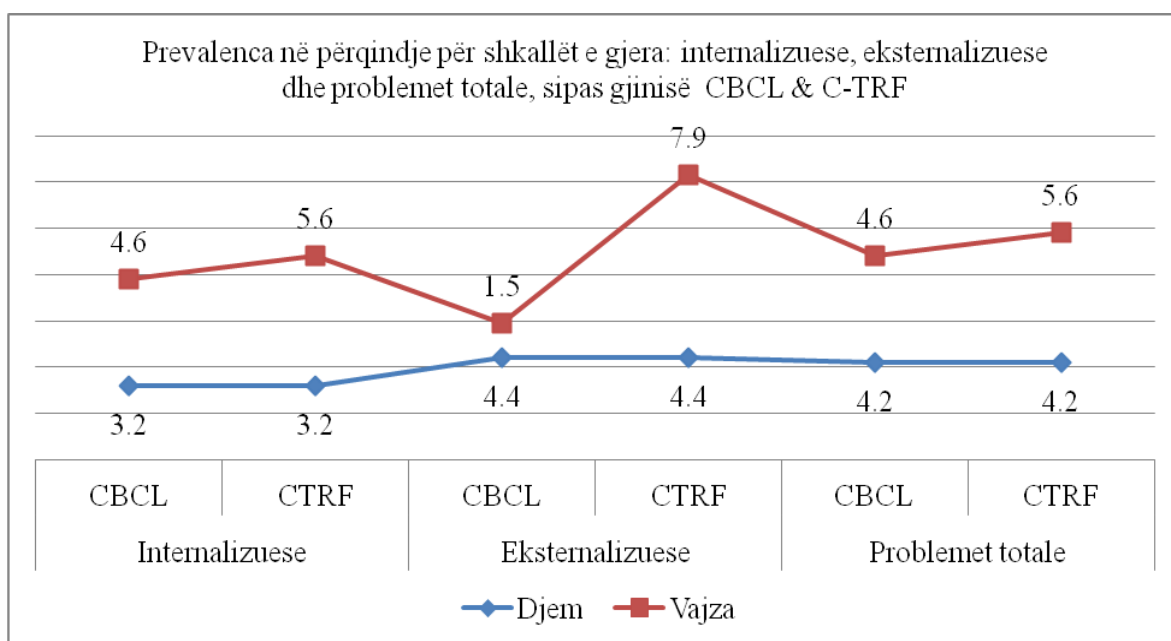


Figura 19. Paraqitja grafike në përqindje e prevalencës për shkallët Internalizuese,

Externalizuese dhe Problemet totale sipas gjinisë: C-TRF & CBCL

Janë të dukshme ndryshimet në vlerat e prezantuara nga prindërit dhe edukatorët parashkollore për shkallët e gjera sipas moshës së fëmijëve, të cilat janë paraqitur në Figurën 20. Janë edukatorët parashkollore ato që kanë treguar vlera më të larta në të tre shkallët krahasuar me vlerat e treguara nga prindërit. Vetëm për moshën 3, 4 dhe 5 vjeçare prindërit ofruan vlera relativisht më të larta se të edukatoreve parashkollore në problemet internalizuese.

I veçantë është edhe fakti që në disa prej moshave dallimet ndërmjet vlerave të ofruara tyre ishin të mëdha, kështu për moshën 4 vjeçare edukatorët parashkollore ofruan vlerën 8.6 % krahasuar me 3.0 % nga prindërit. Për fëmijët e moshës 4 vjeçare, vlerat prej 6.2 % në problemet totale prej edukatoreve parashkollore janë shume të larta krahasuar me 1.7 % nga prindërit. Vlera të tilla tregojnë nivelin e mospërputhjes së të dhënave nga informantët e ndryshëm, çka pasqyrohet edhe më poshtë në nivelin e ulët të vlerave korrelative ndërmjet tyre.

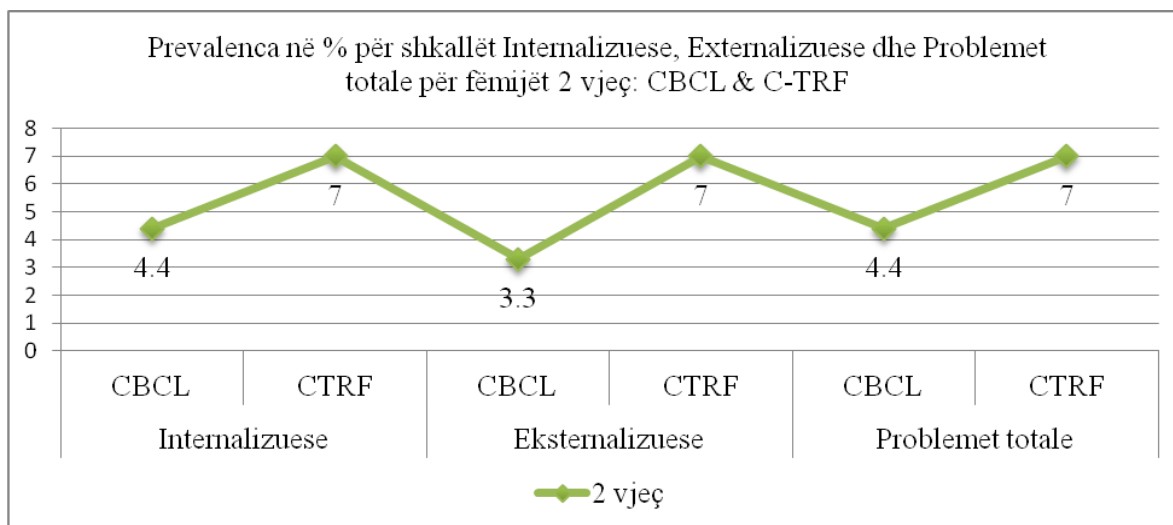


Figura 20. Paraqitja grafike në % e dallimeve në prevalencë për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale sipas grupmoshës 2 vjeç: CBCL & C-TRF

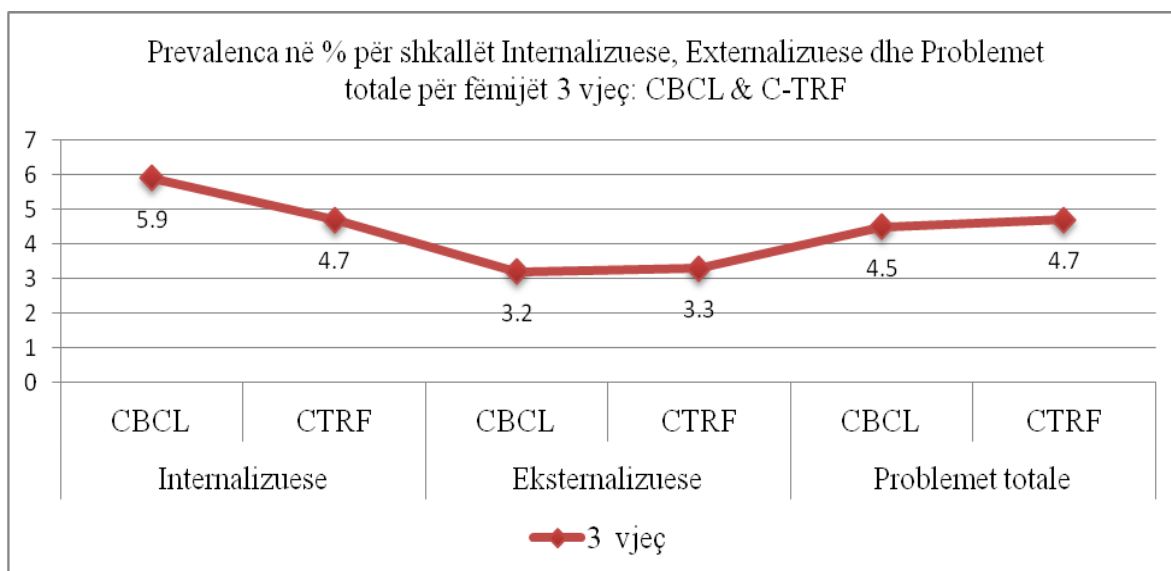


Figura 21. Paraqitja grafike në % e dallimeve në prevalencë për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale sipas grupmoshës 3 vjeç: CBCL & C-TRF

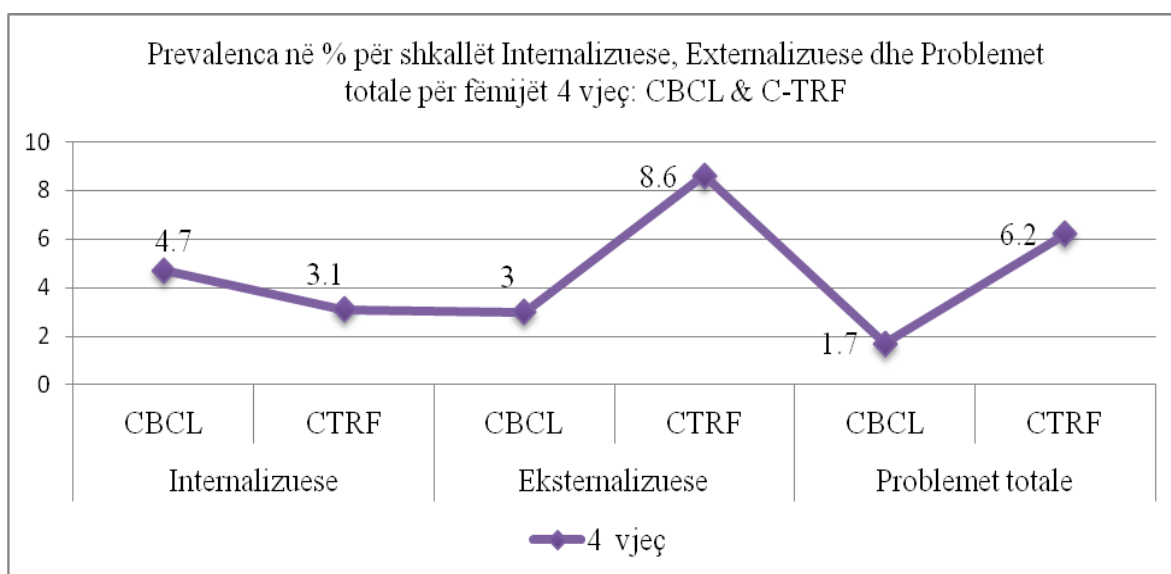


Figura 22. Paraqitja grafike në % e dallimeve në prevalencë për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale sipas grupmoshës 4 vjeç: CBCL & C-TRF

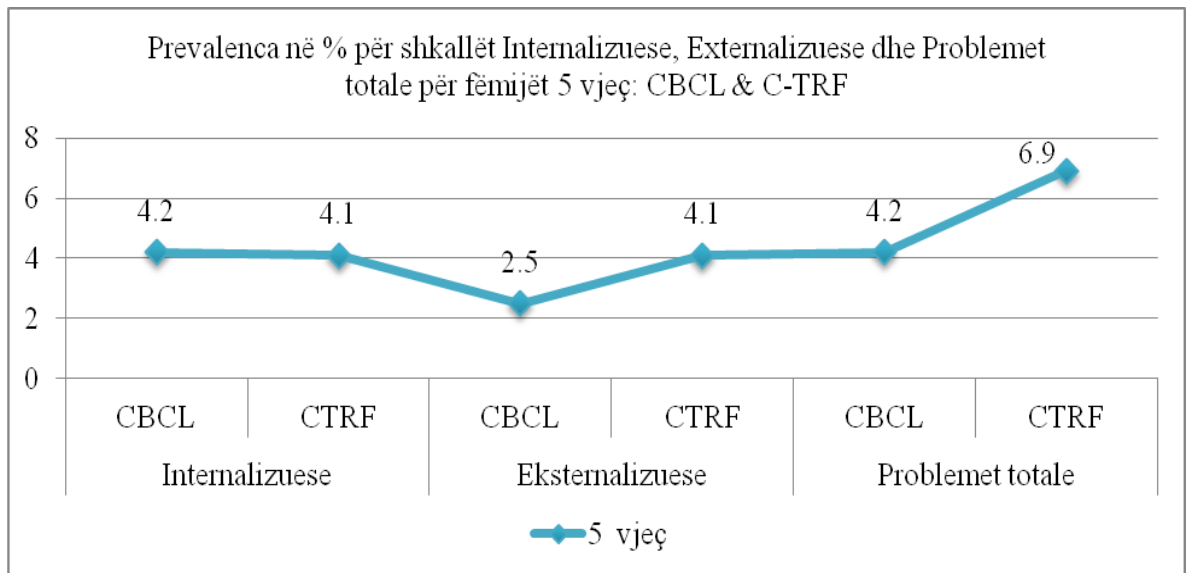


Figura 23. Paraqitja grafike në % e dallimeve në prevalencë për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale sipas grupmoshës 5 vjeç: CBCL & C-TRF

Ndërkohë, vlerat e prevalencës në përqindje për të gjithë fëmijët dhe dallimet sipas informatave nga edukatorët parashkollore dhe prindërit, paraqiten në Figurën 24.

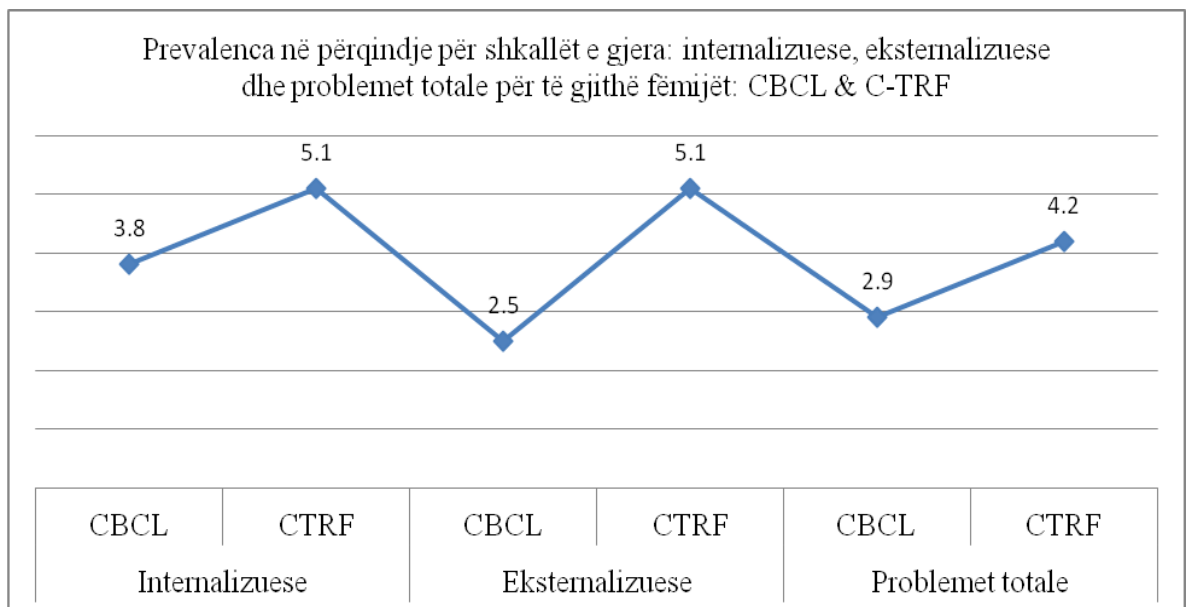


Figura 24. Paraqitja grafike e dallimeve në prevalencë për shkallët Internalizuese, Externalizuese dhe Problemet totale për të gjithë fëmijët: CBCL & C-TRF

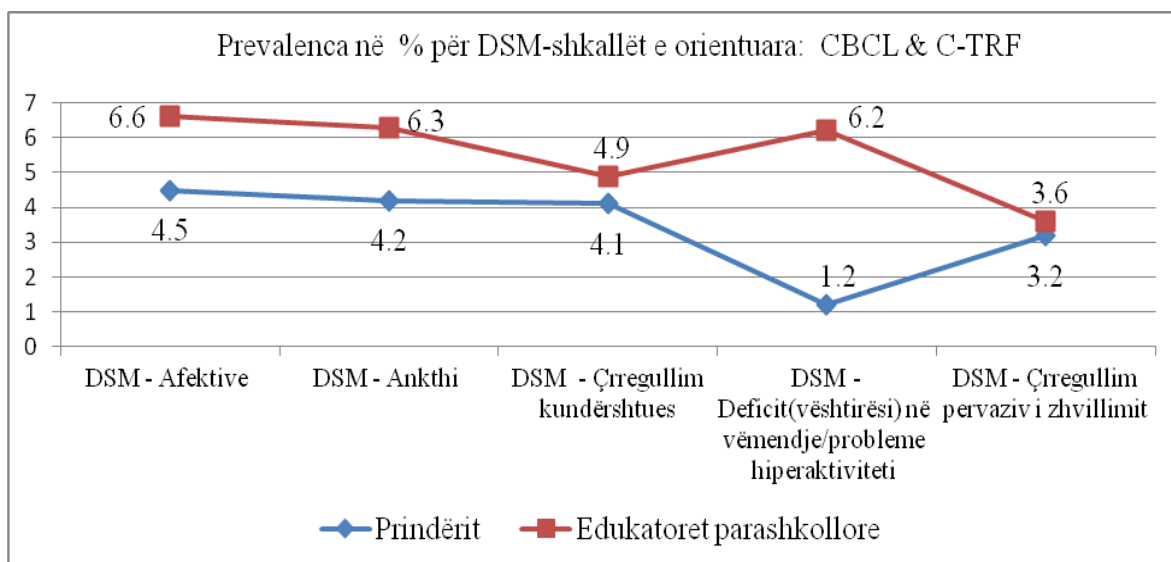


Figura 25. Prevalenca në % për shkallët e orientuara për të gjithë fëmijët:CBCL & C-TRF

Në mënyrë të përsëritur, është treguar se ekziston një nivel i ulët i korrelacionit apo lidhmërisë së raportimeve ndërmjet prindërve dhe edukatoreve parashkollore në vlerësimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes. Achenbach, McConaughy, dhe Howell (1987), në studimin e tyre meta-analitik të 119 studimeve, hetuan normat e lidhmërisë ndërmjet raportimeve nga prindërit dhe mësuesit për grupmoshën 1-19 vjeçare. Vlera mesatare e korrelacionit të gjetur ishte .27. Po ashtu në punimin e tyre Crane, Mincic dhe Winsler (2011) raportuan vlerën korrelative prej .20 - .28 ndërmjet informacionit prej prindërve dhe edukatoreve për 7.756 fëmijë parashkollorë amerikanë me etnicitete të ndryshme dhe që vinin nga familje me të ardhura të pakta.

Përputhshmëria e këtyre informacioneve, për momentin është edhe çështja më e diskutueshme në zhvillimin e psikopatologjisë tek parashkollorët (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005)

Tabela 35

*Rezultatet nga Pearson Korrelacioni ndërmjet Prindërve dhe Edukatoreve Parashkollore
CBCL & C-TRF*

Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara	Djem Vlera korrelative <i>P/E</i>	Vajza Vlera korrelative <i>P/E</i>	Gjithsej Vlera korrelative <i>P/E</i>
Emocionalisht reaktive	$r = -.015$	$r = .003$	$r = .041$
Ankth/ depresion	$r = .052$	$r = .068$	$r = .046$
Ankesat somatike/trupore	$r = -.021$	$r = .070$	$r = -.051$
Tërheqje	$r = -.035$	$r = -.019$	$r = .044$
Probleme me vëmendje	$r = -.001$	$r = -.042$	$r = -.019$
Sjellje agresive	$r = -.040$	$r = -.032$	$r = .015$
Internalizuese	$r = -.012$	$r = .026$	$r = .022$
Externalizuese	$r = -.033$	$r = -.037$	$r = .009$
Problemet në total	$r = -.016$	$r = -.049$	$r = .004$
DSM - Afektive	$r = -.022$	$r = -.038$	$r = .048$
DSM - Ankthi	$r = -.011$	$r = .014$	$r = .070$
DSM - Çrregullim kundërshtues	$r = -.039$	$r = .012$	$r = .016$
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	$r = -.010$	$r = -.048$	$r = .026$
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	$r = -.068$	$r = -.089$	$r = .019$

[Shënim. P = prindër; E= edukatore parashkollore.]

4.6 Prezantimi i rezultateve krahasuese hulumtimit me vendet e tjera.

Në Tabelën e mëposhtme janë paraqitur vlerat e koeficientit alfa për konsistencën e brendshme të fituara në hulumtimin tonë nga referencat e prindërve, në hulumtimin e zhvilluar në 2010 nga Jetishi si dhe në studimin e Rescorla e të tjerë (2011) me të dhënat nga 24 shoqëri. Vlerat e fituara kanë dallime me studimin e Jetishi (2010), e cila mund të arsyetohet me numrin e respondentëve të studimit përkatës (360 fëmijë). Ndërkohë vlerat e këtij hulumtimi janë të përafërta në shumicën e shkallëve me hulumtimin e kryer nga Rescorla e të tjerë (2011).

Tabela 36

Rezultatet për Konsistencën e Brendshme (Cronbach α) e Raportuar nga Prindërit (CBCL-form), në tre Studime

Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara	Shala (2013)	Jetishi (2010)	Rescorla e të tjerë (2011) 24 shoqëri
Emocionalisht reaktive	.88	.71	.94
Ankth/ depresion	.87	.66	.84
Ankesat somatike/trupore	.88	.52	.88
Tërheqje	.88	.67	.69
Probleme me gjumin	.88	.63	.65
Probleme me vëmendje	.88	.49	.56
Sjellje agresive	.86	.86	.62
Internalizuese	.86	.84	.67

Externalizuese	.86	.87	.60
Problemet në total	.93	.94	.87
DSM - Afektive	.87	.57	.57
DSM - Ankthi	.87	.66	.63
DSM - Çrregullim Kundërshtues	.87	.71	.67
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	.88	.71	.74
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	.88	.74	.75

Ndërsa vlerat e koeficientit alfa për konsistencën e brendshme të fituara në hulumtimin tonë nga referencat e edukatoreve parashkollore , në hulumtimin e publikuar në 2012 nga Rescorla e të tjerë me të dhënat nga 15 shoqëri. Vlerat e paraqitura janë mjaft të përafërta.

Tabela 37

Rezultatet për Konsistencën e Brendshme (Cronbach α) e Raportuar nga Edukatorët Parashkollore (C-TRF form) Krahësuar me Studimin e Rescorla e të tjerë (2012)

	Rescorla e të tjerë (2012)	
Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara	Shala (2013)	15 shoqëri
Emocionalisht reaktive	.86	.68
Ankth/ depresion	.86	.73
Ankesat somatike/trupore	.87	.53
Tërheqje	.86	.80
Probleme me vëmendje	.86	.84
Sjellje agresive	.84	.93

Internalizuese	.86	.88
Externalizuese	.83	.94
Problemet në total	.92	.95
DSM - Afektive	.86	.75
DSM - Ankthi	.86	.66
DSM - Çrregullim Kundërshtues	.86	.76
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	.85	.88
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	.86	.82

Tabela 38

Krahasimi në Mesataren Aritmetike dhe Devijimin Standard të të Dhënave nga Prindërit me të dhënat nga 24 Vende të Tjera – CBCL

Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara: CBCL	Kosova		24 shoqëri	
	MA	DS	MA	DS
Emocionalisht reaktive	2.3	2.5	2.7	2.4
Ankth/ depresion	3.5	2.7	3.1	2.3
Ankesat somatike/trupore	3.1	2.5	2.3	2.1
Tërheqje	2.0	2.4	1.7	1.8
Probleme me gjumin	2.9	2.4	2.7	2.4
Probleme me vëmendje	2.3	1.8	2.3	1.8
Sjellje agresive	9.0	6.0	9.7	6.1
Internalizuese	11.0	8.6	9.6	6.7

Externalizuese	11.4	7.4	12.0	7.3
Problemet në total	34.2	22.6	33.3	19.0
DSM - Afektive	2.4	2.6	2.3	2.1
DSM - Ankthi	4.5	3.2	3.8	2.6
DSM - Çrregullim kundërshtues	3.6	3.5	3.2	2.8
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	4.6	2.8	4.7	2.7
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	2.8	2.2	3.3	2.4

Siç shihet nga tabela, në shumicën e shkallëve vlerat janë të përafërta. Dallim bëjnë shkallë të tilla si ankesat trupore dhe problemet internalizuese, për të cilat prindërit kanë ofruar vlera më të larta për fëmijët tanë se mesatarja e fëmijëve nga 24 vende. Për të gjitha shkallët e tjera, vlerat tona janë lehtësisht më të larta, por jo të dallueshme në nivel statistikor. Analiza e t-testit për grupet e pavarura, ka nxjerrë vlerat : $t(28) = .07, p = .94$

Tabela 39

Krahasimi në Mesataren Aritmetike dhe Devijimin Standard të të Dhënave nga Edukatorët Parashkollorë me të Dhënat nga 15 Vende të tjera – C/TRF

Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara: C-TRF	Kosova		15 shoqëri	
	MA	SD	MA	SD
Emocionalisht reaktive	2.1	2.1	1.6	1.9
Ankth/ depresion	3.5	2.7	2.4	2.4
Ankesat somatike/trupore	2.1	1.7	0.8	1.2
Tërheqje	3.1	3.2	2.5	2.9

Probleme me vëmendje	4.6	3.2	3.5	3.5
Sjellje agresive	9.8	8.2	6.9	7.7
Internalizuese	10.9	8.2	7.3	6.7
Externalizuese	14.4	10.8	10.3	10.4
Problemet në total	35.6	23.9	24.1	20.2
DSM - Afektive	1.9	2.3	1.3	2.0
DSM - Ankthi	2.5	2.2	1.6	1.9
DSM - Çrregullim kundërshtues	4.6	3.9	2.0	2.5
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	7.4	4.7	5.5	5.0
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	2.9	2.7	3.2	3.2

Edhe vlerat e ofruara nga edukatorët parashkollore, janë treguar më të larta se vlerat mesatare të fëmijëve nga 15 vende. Disa nga këto shkallë, të tilla si ankesat trupore, sjelljet agresive, problemet internalizuese, externalizuese dhe problemet totale kanë vlera shumë më të larta se vlerat e ofruara nga studimi tjetër. Për të vërtetuar rëndësinë statistikore të dallimeve ndërmjet dy grupeve të të dhënave, u përdor t-testi për grupet e pavarura. Vlerat e gjetura $t(22.93) = .80, p = .43$, tregojnë që dallimet nuk kanë vlerë statistikore.

Tabela 40

Krahasimi në Vlerat Korrelative të të Dhënave nga Prindërit dhe Edukatorët

Parashkollore, me Vlerat Korrelative nga 13 vende të tjera. CBCL & C-TRF

Shkallët empirike, të gjera dhe DSM-orientuara	Kosova Vlera korrelative	13 shoqëri Vlera korrelative
Emocionalisht reaktive	$r = .041$	$r = .22$
Ankth/ depresion	$r = .046$	$r = .24$
Ankesat somatike/trupore	$r = -.051$	$r = .17$
Tërheqje	$r = .044$	$r = .28$
Probleme me vëmendje	$r = -.019$	$r = .34$
Sjellje agresive	$r = .015$	$r = .33$
Internalizuese	$r = .022$	$r = .25$
Externalizuese	$r = .009$	$r = .35$
Problemët në total	$r = .004$	$r = .29$
DSM - Afektive	$r = .048$	$r = .18$
DSM - Ankthi	$r = .070$	$r = .25$
DSM - Çrregullim kundërshtues	$r = .016$	$r = .32$
DSM - Deficit(vështirësi) në vëmendje/probleme hiperaktiviteti	$r = .026$	$r = .31$
DSM - Çrregullim pervaziv i zhvillimit	$r = .019$	$r = .29$

Karakteristikë e kësaj tabele është mospërputhja e madhe ndërmjet vlerave të korrelacionit të ofruara në studimin tonë me mesataren e vlerave korrelative në studimet e zhvilluara në 13 vende.

KAPITULLI V - Diskutime

Mbështetur në informacionin e mbledhur nga prindërit dhe edukatoret parashkollore ky kapitull ofron diskutimin e rezultateve të prezantuara për problemet emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë të institucionalizuar të moshës 2-5 vjeçare. Studimi ka përdorur konsistencën e brendshme (koeficientin α) si tregues për dobinë e përdorimit të CBCL dhe C-TRF, rezultatet mesatare dhe përqindjet e prevalencës së fituar me mostrën tonë të cilat janë krahasuar me studime ndër-kulturore bazuar në instrumentet e njëjta.

Rezultatet e ofruara nga ky studim sa janë në përputhje me shumë studime të tjera të zhvilluara në vende të ndryshme me të njëjtën grupmoshë dhe të njëjtit instrumente, aq edhe në të njëjtën kohë ofrojnë rezultate mjaft interesante në shkallë të ndryshme, të cilat mund të jenë specifike për kontekstin kosovar.

5.1 Konsistenca e brendshme për CBCL dhe C-TRF

I konsideruar si koeficient i konsistencës së brendshme, Chronbach α , u përdor për të vlerësuar besueshmërinë e instrumenteve të përdorur. Në studimin tonë, koeficientët α për të dy pyetësorët, (vlera më e ulët .86 dhe vlere më e lartë .94) janë tregues që versionet në gjuhën shqipe të pyetësorit për prindër (CBCL) dhe për edukatore parashkollore (C-TRF), kanë nivel të lartë të besueshmërisë.

Në versionin për prindër (CBCL), rezultate të tilla janë në përputhje edhe me rezultatet nga hulumtimi i mëparshëm i Achenbach & Rescorla (2000) për mostrat e përgjithshme. Koeficientët alfa më të lartë ishin .93 për problemet totale dhe më të ulët .86 për

problemet internalizuese dhe externalizuese. Vlera të tilla ishin edhe të pritshme për shkak të numrit relativisht të lartë të aitemave/artikujve në shkallët e gjera. Ndërkohë, po kaq të lartë ishin edhe koeficientët e shkallëve të veçanta empirike të cilat karakterizohen nga një numër jo i madh i artikujve përbërës, të tillë si tërheqja në vetvete (.88), problemet e vëmendjes (.88) apo problemet me gjumin (.88). Gjithsesi, vlerat e larta të koeficientëve α për secilin nga shkallët e prezantuara më lart, arsyetojnë fuqishëm përdorimin e CBCL në këtë hulumtim dhe mbështesin më tej përdorimin e tyre në proceset e vlerësimeve (Salvia & Ysseldyke, 2001). Vlera të përafërta për shumicën e shkallëve të pyetësorit janë gjetur edhe me punimin e Jetishit (2010), si dhe me punimin e Rescorla e të tjerë (2011) në të cilin është prezantuar mesatarja e vlerave të koeficientëve alfa (α) për 24 shoqëri.

Të njëjtën gjë mund të themi edhe për versionin për edukatorët parashkollorë (C-TRF), në të cilin vlera më e vogël e koeficientit α ishte .83 për problemet eksternalizuese dhe vlera më e lartë prej .93 për problemet totale. Vlera të tilla janë shumë të përafërta edhe me punimin e Rescorla e të tjerë (2012), në të cilin është prezantuar mesatarja e vlerave të koeficientëve alfa (α) për 15 shoqëri.

Rezultatet e fituara për të dy pyetësorët, tregojnë se këto instrumente mund të konsiderohen si një pikë e fortë e këtij studimi dhe se këto instrumente mund të jenë të dobishme për qëllime të vlerësimit, krahasimit ndërmjet tyre dhe për krahasimet ndërkulturore.

5.2. Prevalenca e problemeve emocionale dhe të sjelljes sipas prindërve - CBCL

Prevalenca për problemet emocionale dhe të sjelljes për fëmijët parashkollorë 2-5 vjeçarë, është vlerësuar nga perceptimet e prindërve që kanë plotësuar pyetësin CBCL.

Rezultatet treguan një prevalencë prej 3.8 % në problemet internalizuese, 2.5 % në problemet eksternalizuese dhe 2.9 % në problemet totale. Të gjitha vlerat e gjetura janë më të ulëta se në shumicën e studimeve që kanë përdorur të njëjtin instrument dhe të njëjtën grupmoshë. Kështu, nga një grup i studimeve, prevalenca vlerësohet të jetë ndërmjet 7% dhe 25 % (Earls, 1980; Earls e të tjerë, 1982; Earls & Richman, 1980a; Earls & Richman, 1980b; Jenkins, Bax, & Hart, 1980; Koot & Verhulst, 1991; Richman, 1977; Stevenson, Richman, & Graham, 1985; Thomas, Byrne, Offord & Boyle, 1991). Edhe në studimin meta-analitik të Roberts e të tjerë (1998), prevalenca mesatare për fëmijët parashkollorë u gjet të ishte 10.2%. Vlerë pak më të ulët ka ofruar edhe studimi i zhvilluar në vendin tonë, (Jetishi, 2010), i cili prezantoi vlerën prej 7.2%.

Përsa i përket gjinisë, prindërit raportuan vlera më të larta për djemtë se sa për vajzat në problemet externalizuese (4.5% vs. 1.5%), dhe vlera më të larta për vajzat se për djemtë në problemet internalizuese (4.6% vs. 3.2%). Ndërkohë, për problemet totale, vlerat janë pothuajse të përafërta (4.2 % vs. 4.6%). Rezultatet tona janë në pajtueshmëri me një numër të konsiderueshëm të studimeve sipas të cilat vajzat tregojnë nivele më të larta të problemeve internalizuese se sa djemtë (Bongers e të tjerë, 2003; Hoffman & Su 1997; Moffitt e të tjerë, 2001; Angold, Egger, Erkanli, and Keeler (2004). Po ashtu, këto rezultate janë në vijë edhe me studimin e Jetishit (2010), që tregoi vlerat më të larta për vajzat (10.7 % vs. 9.6%). Nga ana tjetër, rezultatet e gjetura nuk janë në pajtim me studiues që pohojnë

se fëmijët e të dy gjinive, edhe djemtë edhe vajzat përjetojnë probleme të ngjashme internalizuese përgjatë fëmijërisë së hershme dhe të mesme (Keenan & Shaw, 1997; Rudolph, 2002) dhe që trajektoret për të dy gjinitë janë të ngjashme (Brendgen, Vitaro, Bukowski, Doyle & Markiewicz, 2001; Colder e të tjerë, 2002).

Për problemeve eksternalizuese, vlerat më të larta të djemve të prezantuara në studimin tonë, janë në pajtim me një grup të studimeve që tregojnë se djemtë kanë prirjen, tendencën për të shfaqur më tepër probleme eksternalizuese se sa vajzat (Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 1993; Sanson, Oberklaid, Pedlow, & Prior, 1991). Edhe në studimin e kryer nga Jetishi (2010), vlerat e problemeve eksternalizuese për djemtë ishin më të larta se për vajzat (9.9 % vs. 9.4%). Rezultatet tona megjithatë bien në kundërshtim me rezultatet nga studime të tjera sipas të cilave nuk ka dallime në gjini tek fëmijët e moshës parashkollore, përsa i përket problemeve eksternalizuese (Campbell, 1995; Richman e të tjerë, 1982; Keiley e të tjerë, 2000). Megjithatë, duhet cekur se sjelljet eksternalizuese janë studiuar shumë më pak tek vajzat se sa tek djemtë (Hinshaw, 2002; Makobi, 1998).

Për rrjedhën e moshës në prezantimin e prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes, janë gjetur rezultate interesante. Problemet internalizuese e kanë pikun e tyre në moshën 3 vjeç (5.9 %), e më pas vlerat uleshin me rritjen e moshës. Sipas disa studiuesve, trajektorja e problemeve internalizuese, e mbërrin kulmin e vet në fëmijërinë e mesme dhe në adoleshencë, ndërkohë që në periudhën parashkollore kjo trajektore është e ulët (Dekovic, Buist & Reitz, 2004; Galambos, Barker & Almeida, 2003; Kovacs e të tjerë, 1984). Pra rezultatet e dala bien në kundërshtim edhe me studiues të tjerë (Colder, Mott & Berman 2002), sipas të cilëve simptomat internalizuese rriten mesatarisht nga mosha 4 deri në 8 vjeç, ndërkohë që edhe Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge, and Pettit (2003) në

studimin e tyre treguan qëndrueshmëri të problemeve internalizuese nga mosha 5 deri në 13 vjeç. Megjithatë studime të ndryshme, i referohen faktit që edhe pse shumë më pak të studiuara problemet internalizuese, mund të ndodhin gjatë viteve të para të jetës (Luby, Heffelfinger, Mrakotsky dhe të tjerët, 2003).

Përsa i përket problemeve eksternalizuese, sipas hulumtimit tonë, kulmi i paraqitjes së tyre është mosha 2 vjeçare (3.3 %) dhe më pas vihet re një rënie e lehtë me rritjen e moshës, çka është në përputhje me hulumtimet e Hartup (1974), Tremblay (2000), Stanger e të tjerë (1997) dhe Dunkan dhe Magnuson (2009). Por rënia e vlerave me rritjen e moshës, bën që ky rezultat të jetë në kundërshtim me studimin e Miller-Levis e të tjerë (2006) të cilët kanë raportuar se problemet eksternalizuese vazhdojnë të jenë prezente tek fëmijët e moshës 4-6 vjeç.

Për problemet totale, piku i shfaqjes së tyre është në moshën 3 vjeçare me vlerën prej 4.5 %. Në moshën 4 vjeç ka një rënie të thekshme të vlerave të prevalencës në vlerën 1.7 %, e cila pastaj në moshën 5 vjeçare rritet sërish në 4.2 %. Në disa studime prezantimi i prevalencës së këtyre problemeve në grupmoshën 2 -3 vjeçare, varion nga 1% në 12 % (Jenkins e të tjerë, 1980; Larson e të tjerë, 1988; Sourander, 2001; Uljas e të tjerë, 1999; Erol e të tjerë, 2005).

Me mjaft interes është fakti që rezultatet tona janë më të ulëta se rezultatet e fituara nga shumica e hulumtimeve që kanë përdorur të njëjtin instrument dhe të njëjtën grupmoshë. Kështu, vlerat mesatare të prevalencës janë vlerësuar të jenë ndërmjet 7% dhe 25 % (Earls, 1980; Earls e të tjerë, 1982; Koot & Verhulst, 1991; Richman, Stevenson, & Graham, 1982; Stevenson, Richman, & Graham, 1985; Thomas, Byrne, Offord & Boyle, 1991; Briggs,

Gowan e të tjerë, 2001). Edhe studimi i zhvilluar në Kosovë, (Jetishi, 2010) prezantoi vlerën prej 7.2%.

Për shkallët e orientuara DSM, po ashtu studimi gjeti vlera relativisht të ulta. Vlerat më të larta janë për DSM-çrregullimet afektive (4.5%) dhe vlerat më të ulta për DSM-problemet me hiperaktivitetin (1.2%). Rezultati për DSM-problemet me hiperaktivitetin është shumë i ulët krahasuar me studimin e Polanczyk e të tjerë (2007), të cilët në një analizë metaregresive me njëqind e dy studime nga të gjitha rajonet e botës, prezantoi prevalencën e problemeve të ADHD, prej 5.29 %. Ndërkohë po të ulta mund të konsiderohen edhe vlerat e DSM-çrregullimi kundërshtues dhe DSM-çrregullimi pervaziv i zhvillimit, krahasuar me një mori të studimeve të cilat kanë sjellë vlerat prej 6.6 % në 12.5 % (Gadow e të tjerë, 2001; Wichstrøm e të tjerë, 2012; Egger & Angold, 2006)

5.3. Prevalenca e problemeve emocionale dhe të sjelljes sipas edukatoreve parashkollore - CTRF

Prevalenca për problemet emocionale dhe të sjelljes për fëmijët parashkollorë 2-5 vjeçarë, është vlerësuar po ashtu nga perceptimet e edukatoreve parashkollore të cilat kanë plotësuar pyetësin CTRF 1.5-5 vjeç.

Rezultatet treguan vlera të njëjta të prevalencës prej 5.1 % në problemet internalizuese dhe eksternalizuese dhe 4.2 % në problemet totale. Për sa i përket gjinisë, me mjaft interes diskutimi dhe studimi të mëtejshëm është fakti që këto vlera janë më të larta për vajzat, se sa vlerat e paraqitura për djemtë në të tre shkallët e gjera. Për problemet eksternalizuese, rezultati i fituar bie në kundërshtim me shumë studime të cilat mbështesin idenë se djemtë

janë më të prirur për të pasur probleme të jashtme, meqenëse vajzat i fitojnë më shpejt aftësitë adaptive dhe shkathtësitë gjuhësore (Keenan & Shaw, 1997; Prior e të tjerë, 1993; Jennifer, 2010).

Fakti që hulumtimi ka gjetur vlera të njëjta për problemet internalizuese dhe eksternalizuese, është në të njëjtën linjë me disa studime që sugjerojnë se fëmijët me probleme internalizuese në disa raste shfaqin edhe probleme eksternalizuese (Perle e të tjerë, 2013). Ndërkohë Achenbach & Rescorla, (2000), Mesman, Bongers & Koot,(2001) në studimet e tyre kanë treguar se ekziston një korrelacion i rëndësishëm ndërmjet dy shkallëve të gjera të problemeve, duke vërtetuar edhe se problemet internalizuese mund të jenë prediktorë për problemet eksternalizuese.

Mosha e fëmijëve po ashtu ka treguar se vlerat e prevalencës për secilën moshë në të tre shkallët e gjera janë më të larta tek fëmijët dy vjeçarë. Për sa i përket problemeve internalizuese, vlerat për fëmijët tanë pësojnë një rënie në moshën 3 vjeçare e pastaj vihet re një stabilitet me rritjen e moshës. Ky rezultat është në kundërshtim me studimin e Colder, Mott & Berman (2002), të cilët kanë gjetur se simptomat internalizuese rriten mesatarisht nga mosha 4 deri në 8 vjeç. Po ashtu, Keiley e të tjerë (2003), arrijnë në përfundimin se simptomat janë mesatarisht të qëndrueshme në periudhën moshore nga 5 deri në 13 vjeç. Kurse, Gazelle dhe Ladd (2003) kanë gjetur se simptomat internalizuese fillojnë e zvogëlohen nga mosha 6 në 10 vjeç.

Për problemet eksternalizuese, vlerat e fituara janë më të larta në moshën 2 vjeçare, më pas një rënie e theksuar në 3 vjeç dhe sërish vlera të larta në moshën 4 vjeçare. Këto rezultate janë në përputhje me disa studime që kanë treguar që në trajektoren e zhvillimit të problemeve eksternalizuese, kulmi i zhvillimit të tyre është rreth moshës 2 vjeçare dhe më

pas ka një rënie me rritjen e moshës (Hartup, 1974; Tremblay, 2000). Ndërkohë studime të tjera, (Miller-Lewis e të tjerë, 2006) kanë raportuar që problemet eksternalizuese vazhdojnë të jenë prezente tek fëmijët e moshës 4 deri në 6 vjeç, për shkak të karakteristikave të fëmijëve (p.sh. vështirësi temperamenti) dhe karakteristikave prindërore (p.sh. stili i prindërimit). Po ashtu, Stanger e të tjerë (1997), treguan se ka një rënie në paraqitjen e vlerave nga mosha 4 vjeçare deri në moshën 10 vjeçare. Studimi i kryer nga Keenan & Shaw (1997) potencoi po ashtu tendencën që problemet eksternalizuese bëhen më prezente rreth moshës 4 vjeçare. Ndërkohë, rezultatet tona janë në kundërshtim me rezultatet nga studimet e tjera (Campbell, 1995; Richman e të tjerë, 1982; Keiley e të tjerë, 2000) sipas të cilave nuk ka dallime në gjini në problemet eksternalizuese tek fëmijët e moshës parashkollore.

Vlerat e problemeve totale, janë më të qëndrueshme me moshën me një rënie të lehtë, dhe vlerat e ulëta janë në kundërshtim me shumicën e studimeve epidemiologjike të kryera me grupmoshën parashkollore (16% në 20% nga Anderson e të tjerë, (1987), Bird e të tjerë, (1989), Costello (1989), Velez e të tjerë, (1989), Esser e të tjerë (1990), McGee e të tjerë, (1990); nga 9.5% në 14.2% (Brauner & Stephens, 2006). Ky fakt krijon hapësirë për studim më të thelluar.

Për shkallët e orientuara DSM, vlerat më të larta janë për DSM-çrregullimet afektive (6.6 %) dhe vlerat më të ulta për DSM- çrregullimin pervaziv të zhvillimit (3.6%). Rezultati për DSM-problemet me hiperaktivitetin (6.2 %) sipas edukatoreve parashkollore është në linjë me studimin e Polanczyk e të tjerë (2007), të cilët në një analizë metaregresive me njëqind e dy studime nga të gjitha rajonet e botës, prezantoi prevalencën e problemeve të ADHD, prej 5.29%. Ndërkohë edhe vlerat e DSM-çrregullimi

kundërshtues dhe DSM-ankthi janë relativisht në pragun e vlerave të ofruara nga disa studime të cilat kanë sjellë vlerat prej 6.6 % në 12.5 % (Gadow e të tjerë, 2001; Wichstrøm e të tjerë, 2012; Egger & Angold, 2006)

5.4 Komorbiditeti

Nga vlerat e fituara vihet re një nivel relativisht i lartë i komorbiditetit në shkallët e orientuara DSM. Kështu mbi 50 % e fëmijëve 2-5 vjeçarë, kanë treguar se paraqesin nivel klinik në më shumë se një shkallë. Në vlerësimin e prindërve këto vlera janë më të ulta se në vlerësimin e edukatoreve parashkollore, të cilat prezantuan vërtet vlera të larta të komorbiditetit.

Në vlerësimin e prindërve, komorbiditet kanë treguar DSM –çrregullimet afektive me DSM-çrregullimin pervaziv të zhvillimit, i cili ka treguar komorbiditet të lartë edhe me DDSM-ankth, depresion. Po ashtu, DSM-çrregullimi kundërshtues ka treguar komorbiditet me DSM-ankthin, depresionin, i cili nga ana e tij ka vlera të larta me DSM-çrregullimet e vëmendjes/hiperaktivitetin.

Në këndvështrimin e edukatoreve parashkollore, ne kemi gjetur vlera të larta ndërmjet DSM- çrregullimet afektive me DSM- çrregullimin kundërshtues. Po ashtu, po në vlera të larta është gjetur komorbiditet edhe ndërmjet DSM-ankth, depresion me DSM-çrregullimin pervaziv të zhvillimit dhe me DSM- çrregullimin kundërshtues. Me interes studimi të mëtejshëm është fakti që DSM-çrregullimi pervaziv i zhvillimit ka treguar vlera të larta me të gjitha shkallët e tjera. Të njëjtën gjë mund të themi edhe për DSM- çrregullimin kundërshtues.

Vlera të tilla të larta të komorbiditetit, janë në linjë edhe me shumë studime që kanë ofruar rezultate të përafërta (Lavigne e të tjerë, 1996; Costello e të tjerë, 2003; Maughan e të tjerë, 2004; Rowe e të tjerë, 2005; Eger dhe Angold, 2006) dhe që sidomos vitet e fundit mbështesin dhe tregojnë shtrirjen e komorbiditetit në moshën parashkollore. Këto vlera plotësisht mbështesin raportimin nga Angold e të tjerë (2006) se 50% e fëmijëve parashkollorë tregojnë më tepër se një çrregullim.

5.5 Korrelacioni ndërmjet rezultateve nga prindërit dhe edukatorët parashkollore [CBCL & C-TRF]

Ashtu siç edhe ishte e pritshme, korrelacioni ndërmjet informacionit për problemet emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët e institucionalizuar në Kosovë, nga prindërit dhe nga edukatorët parashkollore, është shumë i ulët. Kjo vlerë është në linjë edhe me rezultatet nga studime të tjera duke bërë që për momentin të jetë edhe çështja më e diskutueshme në zhvillimin e psikopatologjisë tek parashkollorët (Achenbach, McConaughy, & Hoëell, 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005).

Në përcaktimin e një sjelljeje si problematike, në fakt pasqyrohet një aspekt i perceptimit prindëror apo perceptimit të edukatoreve parashkollore të fëmijëve, sigurisht të formësuara nga disa ndikime, si nga ndikimi i gjinisë apo i statusit social të fëmijëve. Dallimet kaq të mëdha në raportimin e sjelljeve problematike, mund të jenë tregues i ndryshimit të pritjeve nga prindërit dhe edukatorët parashkollore për profilin e fëmijëve (vajzat e urta, djemtë çapkënë).

Megjithatë, edhe pse rezultate të tilla të ulta tashmë prezantohen prej më tepër se 30 vite, studime të mëtejme më të detajuara do të jepnin një shpjegim më të plotë dhe më të qartë të arsyeve të kësaj lidhmërie.

5.6. Përfundime

Ky studim mbi prevalencën e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët e moshës 2-5 vjeçare në Kosovë, që ndjekin një program edukimi, është i pari që ka mbledhur të dhënat për këta fëmijë nga disa rajone të Kosovës, që ka si mostër një numër të konsiderueshëm të fëmijëve dhe që është shërbyer me dy burime/informantë (prindërit dhe edukatorët parashkollorë) për vlerësimin e këtyre problemeve. Vlerat e fituara për besueshmërinë e pyetësorëve të përdorur, përforcojnë edhe më tepër rezultatet e dala nga ky studim, duke plotësuar kështu edhe kriteret e studimeve epidemiologjike në psikopatologjinë e fëmijëve parashkollorë.

Qëllimi i hulumtimit, që ishte vlerësimi dhe prezantimi i niveleve të problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë të institucionalizuar kosovarë të grupmoshës 2-5 vjeç, sipas informatave nga prindërit dhe edukatorët parashkollorë, dhe vlerësimi i ndikimit të faktorëve të tillë si mosha dhe gjinia në frekuencën dhe shpërndarjen e këtyre problemeve, u realizua plotësisht përmes rezultateve të fituara nga analiza e të dhënave të mbledhura.

Rezultatet e dala rrëzuan hipotezën e parë të hulumtimit. Vlerat e prevalencës së problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë që ndjekin një formë të edukimit, janë të ulta. Mund të themi që janë nga nivelet më të ulta krahasuar edhe me

studimin e zhvilluar në vendin tonë (Jetishi, 2010) edhe me shumicën e studimeve të ngjajshme nga vendet e tjera. Këto rezultate ishin mjaft të ngjajshme nga të dy informatorët, edhe prindërit edhe edukatorët parashkollore, vlerat e të cilëve nuk kishin dallime të vlefshme statistikore.

Rezultate të tilla nga edukatorët parashkollore, mund të shpjegohen me praktikën, filozofinë dhe përmbajtjet programore që ofrohen në edukimin parashkollor tek ne. Edhe pse po flitet gjithnjë e më shumë për aktivitete me fëmijën në qendër, praktikën e zakonshme nëpër institucionet tona përfshijnë kryesisht aktivitete të përcaktuara paraprakisht nga edukatorët parashkollore që shpesh herë nuk mundësojnë përfshirjen e të gjithë fëmijëve në to, dhe janë shumë të strukturuar. Sasia dhe cilësia e ndërveprimit të edukatoreve me fëmijët zvogëlohet në aktivitete të tilla. Studimet tregojnë që aftësitë e ndërveprimit mund të mësohen dhe që edukatorët, mësimdhënëist mund të përfitojnë shumë nga përdorimi i tyre (Talvio, Lonka, Kuusela, & Lintunen, 2012; Talvio e të tjerë, 2013; Talvio, 2014). Nga ana tjetër praktikën rutinore me rregullat që përmbajnë respektohen mjaft nga edukatorët parashkollore, duke krijuar pritshmëri që edhe fëmijët të respektojnë konsiderueshëm rregullat të tilla, duke lënë shumë pak hapësirë për sjellje të natyrshme të fëmijëve. Edhe mundësia që edukatorët nuk kanë njohuri specifike për evidentimin e sjelljeve tipike karakteristike për problemet e ndryshme emocionale dhe të sjelljes, mund të konsiderohet si një prej faktorëve për rezultatet e arritura.

Fakti që niveli i prezantimit të këtyre problemeve, ishte i njëjtë edhe nga prindërit, mund të shpjegohet me faktin që prindërit që morën pjesë në hulumtim janë në marrëdhënie pune, çka do të thotë që mundësia që këta prindër të kalojnë kohë cilësore me fëmijët e tyre është më e vogël. Në atë pak kohë që janë bashkë, prindërit kryesisht përpiqen që të

plotësojnë kërkesat e fëmijëve, duke qenë më të prirur për të mbështetur dhe pranuar të gjitha sjelljet e tyre. Gjithashtu edhe niveli i njohurive të prindërve për zhvillimin e fëmijëve dhe problemet e mundshme në këtë zhvillim, mund të ketë ndikuar në prezantimin e këtyre niveleve të ulta të problemeve emocionale dhe të sjelljes, meqenëse gjithnjë është konsideruar se ka nevojë për rritje të vetëdijësimit dhe informatave për prindërit.

Duke marrë në konsideratë këtë fakt, studime të mëtejme janë të nevojshme për të eksploruar më thellë dhe me faktorë të tjerë plotësues këtë problematikë në këtë grupmoshë. Gjithsesi, këto vlera të ulëta të nivelit të problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë mund ti atribuohen përmbajtjeve programore, qasjeve të punës me fëmijët parashkollorë apo nivelit të njohurive për problemet e mundshme në zhvillimin e fëmijëve dhe aftësive të edukatoreve apo prindërve për identifikimin e tyre.

Përsa i përket hipotezës së dytë, rezultatet treguan se ekzistojnë dallime të vlefshme statistikore ndërmjet djemve dhe vajzave dhe grupmoshave të ndryshme në disa nga shkallët e problemeve emocionale dhe të sjelljes, duke vërtetuar pjesërisht këtë hipotezë. Ky rezultat vlen si për raportimin nga prindërit ashtu edhe për raportimin nga edukatoret parashkollore.

Nga raportimi i prindërve përmes pyetësorit CBCL, për shkallët empirike, dallimet ndërmjet djemve dhe vajzave ishin vetëm për shkallët emocionalisht reaktive, ankesat trupore dhe problemet me gjumin, në të cilat janë vajzat ato që kanë treguar vlera më të larta se sa djemtë. Për shkallët e gjera, internalizuese, eksternalizuese dhe problemet totale, nuk ka dallime ndërmjet gjinive. Për shkallët e orientuara DSM, dallimet ndërmjet djemve dhe vajzave janë të vlefshme statistikisht vetëm për DSM-çrregullimet afektive dhe DSM-çrregullimet e ankthit, ku vajzat kanë treguar vlera më të larta se djemtë.

Dallimet në moshë janë të vlefshme për të gjitha shkallët empirike. Në tërheqje fëmijët e moshës 4 vjeçare kanë treguar vlera më të larta se fëmijët e moshës 5 vjeçare, ndërsa për problemet me gjumin dhe sjelljet agresive, fëmijët 5 vjeçarë kanë treguar rezultate më të larta se fëmijët 4 vjeçarë. Për shkallët e tjera dallimet janë të vlefshme vetëm në rastet e grupmoshave me dy vite diferencë. Për shkallët e gjera, në problemet internalizuese dallimet qëndrojnë ndërmjet grupmoshave 4 dhe 5 vjeçarë, ku fëmijët 4 vjeç treguan vlera më të larta. Në shkallën eksternalizuese fëmijët 5 vjeç treguan vlera më të larta se fëmijët 4 vjeçarë. Kurse për problemet totale, dallimet ishin të vlefshme vetëm ndërmjet grupmoshave me dy vite diferencë.

Për shkallët e orientuara DSM, dallimet qëndrojnë në DSM- çrregullimet afektive, në të cilën dallimet janë të vlefshme ndërmjet dy grupeve të fëmijëve, 3 dhe 4 vjeçarë dhe 4 dhe 5 vjeçarë, ku fëmijët më të mëdhenj në moshë treguan vlerat më të larta. Po ashtu për DSM-vështirësitë në vëmendje/probleme me hiperaktivitetin dhe DSM-çrregullim pervaziv i zhvillimit, dallimet ndërmjet grupeve janë të vlefshme statistikisht vetëm ndërmjet 4 dhe 5 vjeçarëve në favor të këtyre të fundit.

Raportimi nga edukatorët parashkollore përmes pyetësorit C-TRF, tregoi dallime të vlefshme në gjininë e fëmijëve, në favor të vajzave, vetëm në shkallën e ankesave trupore. Në të tre shkallët e gjera, internalizuese, eksternalizuese dhe problemet totale, nuk ka dallime ndërmjet djemve dhe vajzave. Në shkallët e orientuara DSM, dallimet janë të vlefshme statistikisht në DSM-vështirësitë në vëmendje/probleme me hiperaktivitetin dhe DSM-çrregullim pervaziv i zhvillimit, ku djemtë kanë treguar vlera më të larta se sa vajzat.

Për sa i përket moshës, dallimet janë të vlefshme në të gjitha shkallët empirike. Në shkallën emocionalisht reaktive grupmosha e fëmijëve 3 vjeçarë treguan vlera më të larta se fëmijët 4 vjeç. Në shkallën ankth/depresion, dallimet janë të vlefshme ndërmjet grupmoshave të rritura, ku fëmijët 4 vjeç treguan vlera më të larta se fëmijët 5 vjeç. I njëjti rezultat vlen edhe për shkallën e tërheqjes, ndërkohë që dallimet në nivelin e sjelljeve agresive treguan që fëmijët 3 vjeçarë kanë vlera më të larta se fëmijët 4 vjeç. Në shkallët e tjera empirike, dallimet ishin ndërmjet grupmoshave të fëmijëve me dy vite diferencë. Në shkallët e gjera, për problemet internalizuese fëmijët 5 vjeçarë treguan vlera më të larta se fëmijët 4 vjeç. Kurse si për problemet eksternalizuese ashtu edhe për problemet totale ishin fëmijët 3 vjeç ata që treguan vlera të dallueshme statistikisht nga fëmijët 4 vjeç. Këto vlera treguan që piku i problemeve eksternalizuese dhe problemeve totale tek fëmijët tanë është rreth moshës 3 vjeçare.

Për vlerat e shkallëve të orientuara, dallimet janë në të gjitha shkallët. Kështu, fëmijët 4 vjeç treguan vlera më të larta se fëmijët 5 vjeç për çrregullimet afektive. Në DSM-çrregullimet e ankthit fëmijët 3 dhe 4 vjeç dhe fëmijët 4 dhe 5 vjeç, treguan dallime statistikore ndërmjet tyre në favor të fëmijëve me moshë më të vogël. Edhe për DSM-çrregullimi kundërshtues fëmijët 4 vjeçarë dalluan statistikisht me vlera më të larta nga fëmijët 5 vjeçarë. Për DSM-çrregullimet e vëmendjes/hiperaktiviteti, fëmijët 5 vjeçarë dalluan statistikisht nga fëmijët 4 vjeç, ndërsa për DSM-çrregullimin pervaziv të zhvillimit ishin fëmijët 3 vjeçarë që treguan vlera më të larta se fëmijët 4 vjeç.

Me mjaft interes dhe në harmoni me studime të tjera janë edhe vlerat për komorbiditetin e çrregullimeve DSM. Ashtu si edhe në dy studimet e fundit që kanë shqyrtuar komorbiditetin Egger dhe Angold (2006) dhe Lavigne et al. (2009), edhe në këtë

studim gjetjet janë të ngjashme në kuptimin që pothuajse të gjitha çrregullimet e mëdha emocionale dhe të sjelljes ishin komorbide me njëri tjetrin.

Rezultatet e fituara përmes korrelacionit të Pearson-it, vërtetuan plotësisht hipotezën e tretë të hulumtimit. Informacionet e ofruar nga prindërit dhe edukatorët parashkollorë për fëmijët, janë në korelacion të ulët me njëri-tjetrin. Edhe pse këto rezultate janë në linjë me shumicën e rezultateve nga studime të tjera, vlerat tona korrelative janë shumë të ulta.

Duke marrë parasysh rëndësinë e madhe që ka prindi (familja) në zhvillimin e shëndetshëm të fëmijës, dhe po ashtu edhe faktin që edukatorët parashkollorë janë pranë fëmijëve një pjesë të konsiderueshme të ditës, të dy palët konsiderohen si burime relevante të informacioneve për gjendjen emocionale dhe sjelljet e fëmijëve. Po të kemi parasysh që si prindërit e fëmijëve pjesëmarrës në hulumtim, ashtu edhe edukatorët parashkollorë janë me nivel të lartë të arsimimit, pritjet do të ishin që raportimet të ishin më të përafërta me njëra-tjetrën. Megjithëse, koha që secili prej informantëve kalon me fëmijën në shtëpi ose në institucion të edukimit parashkollor pashmangshëm varion shumë, duke ulur mundësinë që të kemi perceptim të përafërt për qëndrueshmërinë e sjelljeve të fëmijëve nga të dy informantët, dhe duke krijuar qëndrimin hipotetik që edhe cilësia e kësaj kohe të variojë shumë në të dy informantët. Nga ana tjetër, ky nivel i ulët i lidhmërisë së raportimeve mund të shpjegohet me nivelin e ulët të bashkëpunimit cilësor ndërmjet edukatoreve parashkollorë dhe prindërve të fëmijëve. Bashkëpunimi cilësor i referohet shkëmbimit të informatave për fëmijën në të dy ambientet dhe veçorive apo karakteristikave të fëmijëve në secilin ambient. Praktikave bashkëpunimeve të tilla, nuk i përmbajnë takimet bashkëbiseduese, njoftimin e palëve për veçoritë dhe karakteristikat specifike të fëmijëve, shqetësimet e dyanshme për sjellje tipike apo ndarjen e informacionit

në funksion të stimulimit të zhvillimit optimal të fëmijëve apo zbulimit të ndonjë nevoje specifike që mund të ketë fëmija. Si rrjedhim, vlerat kaq të ulta korrelative, sfidojnë perceptimin e secilit informant për sjelljen e fëmijëve në ambiente dhe situata të ndryshme, çka sjell kërkesën për studime dhe analiza të mëtejme të këtyre rezultateve.

REFERENCA

- Achenbach, T.M. (1990). Comorbidity in child and adolescent psychiatry: Categorical and quantitative perspectives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 271– 278. <http://dx.doi.org/10.1089/cap.1990.1.271>
- Achenbach, T.M. (1991). The derivation of taxonomic constructs: A necessary stage in the development of developmental psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Volume 3: Models and integrations*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Achenbach, T. M. (1992). Manual for the Child Behavior Checklist 2/3 and 1992 profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry Achenbach, T.M. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 45–65. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01447044>
- Achenbach, T.M. (1997). *Guide for the Caregiver-Teacher Report Form for Ages 2-5*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, pp. 63.
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Review*, 85, 1275–1301
- Achenbach, T.M., Edelbrock, C., & Howell, C.T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2-and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 629–650. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00917246>

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychology Bulletin*, 101, 213-232.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1-11.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edn). Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 44:69–76.[PubMed]
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800130081010>
- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40(1), 57–87. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00424>
- Angold, A., Costello, E.J. (2006). Puberty and depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15: 919-937.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2006.05.013>

Angold, A., Egger, H. L., Erkanli, A., & Keeler, G. (2004). *Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in preschoolers attending a large pediatric service*. Presented at the 51st Annual Meeting of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Washington, D.C.

Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M., & Sroufe, A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235–245.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press

Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (2-nd. ed.). New York: Guilford.

Barr, R. G. (2000). *Excessive crying*. In A. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller, Handbook of developmental psychopathology (2nd ed., pp. 327-350). New York: Kluwer Academic. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4615-4163-9_18

Baumgaertel, A., Wolraich, M.L., Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34:629–638

<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199505000-00015>

Bayer, J.K., Sanson, A.V., Hemphill, S.A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27:542-559 <http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2006.08.002>

- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 81—95
- Bérubé, R.L., Achenbach, T.M. (2005). *Bibliography of published studies using ASEBA instruments*: 2005 edition. Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont, Burlington VT.
- Bird, H.R., Gould, M.S., Yager, T., Staghezza, B., Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (6):847-850.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198911000-00006>
- Blair, C. (2002). School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57, 111–127. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.2.111>
- Bongers, I.L., Koot, H. M., Van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 179-192. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.179>
- Bower, E.H. (1960). *Early Identification of Emotionally Handicapped Children in Schools*. Springfield, IL: Thomas.
- Bower, E.M. (1982). Defining emotional disturbance: public policy and research'. *Psychology in the Schools*, 19: 55–60.
DOI: 10.1002/1520-6807(19820108)19:1<55::AID-PITS2310190112>3.0.CO;2-2
- Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. WHO Monograph Series No 2, 1952: 158.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Boyd, J. H., Burke, J. D., Gruenberg, E., et al., (1984). Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 41, 983–989.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210065008>
- Brauner, C. & Stephens, C. (2006). *Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: Challenges and recommendations*. Public Health Reports, 121, 3: 303-310.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Bukowski, W.M., Doyle, A.B., and Markiewicz, D. (2001) Developmental profiles of peer social preference over the course of elementary school: Associations with trajectories of externalizing and internalizing behavior. *Developmental Psychology*, 37(3), 308-320 .
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.308>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social–emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 811–819 <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200107000-00016>
- Britto, P.R., Yoshikawa, H. and Boller, K. (2011). *Quality of early childhood development programs in global contexts: rationale for investment, conceptual framework and implications for equity*. Social Policy Report 25(2): 1–23. Available at: www.srcd.org/spr.html (accessed September 2011).

- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275-1293.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200211000-00009>
- Campbell, L., & Ewing, S. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871-889 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00831.x>
- Campbell, S. B. (1995). Behavioral problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113-149.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x>
- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York/London: Guilford Press.
- Campbell, S.B. (2006). *Behavior Problem in Preschool Children. Clinical and developmental issues*. Second Edition. Guilford Press, New York. [copyrighted material]
- Campbell, S. B., Pierce, E. W., Moore, G., & Marakovitz, S. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8, 701–719
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007379>
- Campbell, S. B., Szumowski, E. K., Ewing, L. J., Gluck, D. S., & Breaux, A. M. (1982). A multidimensional assessment of parent-identified behavior problem toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 569–592.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00920755>

- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467–488.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400003114>
- Campbell, S.B., Pierce, E.W., Moore, G., Marakowitz, S.& Newby, K (1996). Boys' externalising problems at elementary school: Pathways from early behaviour problems, maternal control and family stress. *Development and psychopathology*, 8, 701-720 <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007379>
- Campbell, S.B., Shaw, D. S. & Gilliom, M. (2000). Early externalising behaviour problems: Toddlers and pre-schoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, 12, 467-488
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400003114>
- Carter, A. S. (2010). The field of toddler/preschool mental health has arrived – on a global scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1181-1182 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2010.09.006>
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 109–134 <http://dx.doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x>
- Caspi, A., Elder, G. H. & Bem, D. J. (1987). Moving against the world: Life-course patterns of explosive children. *Developmental Psychology*, 23, 308-313.
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.308>

- Cauce, A. M., Paradise, M., Ginzler, J. A., Embry, L., Morgan, C. J., Lohr, Y., et al. (2000). The characteristics and mental health of homeless adolescents: Age and gender differences. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 230–239
<http://dx.doi.org/10.1177/106342660000800403>
- Chatoor, I., Ganiban, J., Surles, J., Doussard-Roosevelt, J. (2004). Physiological regulation and infantile anorexia: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 8:1019-25.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000126977.64579.4e>
- Chen, X. (2010). Socioemotional development in Chinese children. In M. H. Bond (Ed.), *Handbook of Chinese psychology* (pp. 37–52). Oxford: Oxford University Press
- Chess, S., & Thomas, A. (1989). Issues in the clinical application of temperament. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 378-386). Chichester: Wiley
- Chess, S., Thomas, A., & Birch, H. G. (1965). *Your child is a person*. New York: Viking
- Colder, C., Mott, J., & Berman, A. (2002). The interactive effects of infant activity level and fear on growth trajectories of early childhood behavior problems. *Development and Psychopathology*, 14, 1–23
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579402001013>
- Cornely, P., Bromet, E. (1986). Prevalence of behavior problems in three-year-old children living near Three Mile Island: a comparative analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(4):489–498. [PubMed]
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1986.tb00636.x>

- Costello, E. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 28(6): 851-55.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198911000-00007>
- Costello, E.J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28:836–41. [PubMed]
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198911000-00004>
- Costello, E. J., Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Burns, B. J., & Brent, D. (1988). Psychopathology in pediatric primary care: The new hidden morbidity. *Pediatrics*, 82, 415–424
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*: 60, 837-844. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
 PMid:12912767
- Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., Burns, B.J., Dulcan, M.K. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 45:1107–1116. [PubMed] PMid:3264146
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360055008>
- Crane, J., Mincic, M. S., & Winsler, A. (2011). Assessing socio-emotional protective factors among ethnically diverse preschoolers in poverty: Parent-teacher agreement on the Devereux Early Childhood Assessment (DECA). *Early Education and Development*, 22, 520-547. <http://dx.doi.org/10.1080/10409289.2011.565722>

- Creswell, C., Cartwright-Hatton, S. (2007) Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10 (3):232-252. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-007-0019-3>
- Cummings, E. M., Iannotti, R. J., & Zahn-Waxler, C.(1989). Aggression between peers in early childhood: Individual continuity and developmental change. *Child Development*, 60, 887–895. <http://dx.doi.org/10.2307/1131030> PMID:2758884
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131,483–509. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483> PMID:16060799
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B.A. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *Developmental Psychology*, Vol.42(2), 237-252. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.237>
- Dekovic, M., Buist, K., & Reitz, E. (2004). Stability and changes in problem behavior during adolescence: Latent growth analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 1–12 <http://dx.doi.org/10.1023/A:1027305312204>
- Denner, S. and K. Schmeck. (2005). Emotional and behavioral disorders at preschool age-- results of a study in kindergarten children in Dortmund using the Caregiver-Teacher Report Form C-TRF/1 1/2-5. *Z.Kinder Jugendpsychiatr.Psychother.* 33.4, 307-17. <http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917.33.4.307> PMID:16294708
- Dishion, T.J., and Patterson, G.R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23,719-729. <http://dx.doi.org/10.1080/10911359.2013.775936>

- Driscoll, Marcy P. (1994). *Psychology of Learning for Instruction*. Needham, Ma: Allyn & Bacon.
- Duncan, G. & Magnuson, K. (2009). *The Nature and Impact of Early Skills, Attention, and Behavior*. Presented at the Russell Sage Foundation conference on Social Inequality and Educational Outcomes, November 19-20.
- Duncan, G.J., Brooks-Gunn, J., Klebanov, P.K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65:296–318. [PubMed]
<http://dx.doi.org/10.2307/1131385>
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- Earls F. (1980). Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: a cross national replication. *Archives of General Psychiatry*, 37:1153–1157. [PubMed]
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780230071010>
- Earls, F., & Richman, N. (1980a). Behavior problems in pre-school children of West Indian-born parents: A re-examination of family and social factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 107–117 PMid:7372741
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1980.tb00022.x>
- Earls, F., & Richman, N. (1980b). The prevalence of behavior problems in three-year-old children of West Indian-born parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 99–106 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1980.tb00022.x>
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1980.tb00023.x>
 PMid:7372748

Earls, F., Jacobs, G., Goldfein, D., Silbert, A., Beardslee, W., Rivinus, T. (1982).

Concurrent validation of behavior problem scale to use with 3-year-olds. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21:47–57. [PubMed]

<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198201000-00009>

Egeland, B., Pianta, R., & Ogawa, J. (1996). Early behavior problems: Pathways to mental

disorders in adolescence. *Developmental Psychology*, 8, 735-749

<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007392>

Egger, H.L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in

preschool children: Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x> PMid:16492262

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Schaller, M., Miller, P., Carlo, G., & Shell, R. (1991).

Personality and socialization correlates of vicarious emotional responding.

Journal of Personality and Social Psychology, 61, 459–470.

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.459>

Eron, L. (1990). Understanding aggression. *Bulletin of the International Society for*

Research on Aggression 12, 5-9.

Eisenberg, N., Gershoff, E.T., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Cumberland, A.J., Losoya, S.H.,

Guthrie, I.K., Murphy, B.C. (2001). Mother's emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation.

Developmental Psychology, 37:475–490

<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.4.475>

- Esser G, Schmidt M H, Woerner W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children- Results of a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31,2: 243-263.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb01565.x>
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease*, 23, 455 -468.
[http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8)
- Ferdinand, R. F., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2004). Parent–adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 198–206.
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.198> PMID:15122940
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1993). The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *Journal .Abnorm.Child Psychol.* 21,3, 245-69. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00917534>
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1203–1211.
[http://dx. doi:10.1097/00004583-200310000- 00011](http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200310000-00011)
- Forness, S. R. & Kavale, K. A. (2001). Reflections on the future of prevention. *Preventing School Failure*, 45, 75-81. <http://dx.doi.org/10.1080/10459880109603320>
- Forness, S.R., Kavale, K.A. (2001). ADHD and a Return to the Medical Model of Special Education. *Education and Treatment of Children*, 24(3): 224-247

- Forness, S.R., & Knitzer, J. (1992). A new proposed definition and terminology to replace 'Serious Emotional Disturbance' in Individuals with Disabilities Education Act. *School Psychology Review*, 21: 12–20.
- Frigerio, E., Burt, D. M., Gagliardi, C., Cioffi, G., Martelli, S., Perrett, D. I., & Borgatti, R. (2006). Is everybody always my friend? Perception of approachability in Williams syndrome. *Neuropsychologia*, 44:254–259
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2005.05.008> PMID:16005478
- Gadow, K.D., Sprafkin, J., Nolan, E.E. (2001). DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1383–1292
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200112000-00008> PMID:11765283
- Galambos, N., Barker, E., & Almeida, D. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74,578–594. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.7402017>
 PMID:12705574
- Gazelle, H., & Ladd, G. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 74, 257–278.
<http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00534> PMID:12625449
- Germino-Hausken, E. (2000). *America's kindergartener: Findings from the early childhood longitudinal study, kindergarten class of 1998–99, fall1998*. Washington, D.C.: U.S. Department of Education, National Center for Educational Statistics.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social skills rating system manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.

- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., & Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' report on problem behaviour in 5- to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 137-146.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013661.14995.59>
- Hallahan, D. P., and Kauffman, J. M. (1997). *Exceptional learners: Introduction to special education*. (7th edition). Boston: Allyn and Bacon. PMCID:PMC21067
- Hallahan, D., & Kauffman, J. (2006). *Exceptional learners: Introduction to special education*, (10th edition). Boston: Allyn & Bacon
- Handwork L, Larzelere RE, Soper SH (1999) Parent and child discrepancies in reporting severity problems behaviors in three-out-of-home settings. *Psychol Assess* 11(1):14–22 <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.1.14>
- Hartup, W. W. (1974). Aggression in childhood: Developmental perspectives. *American Psychologist*, 29, 337–341. <http://dx.doi.org/10.1037/h0037622>
- Herrera, M., Little, E.(2005). Behaviour problems across home and kindergarten in an australian sample. *Australian Journal of Educational & Development Psychology*. Vol.5.77-90
- Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 350-60.
- Hildebrand, T. (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 928–937

Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 133–165.

<http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00007>

Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attention deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*,

101, 446- 463 <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.3.443>

Hinshaw, S. P. (1994). Conduct disorder in childhood: Conceptualization, diagnosis, comorbidity, and risk status for antisocial functioning in adulthood. In D. C.

Fowles, P. Sutker, & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research* (Vol. 17, pp. 3-44). New York: Springer.

Hofstra, M.B., Van der Ende, J., Verhulst, F.C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(2):182- 189.

<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200202000-00012> PMID:11837408

Horwitz, S. M., Leaf, P. J., Leventhal, J. M., Forsyth, B. W. C, & Speechley, K. N. (1992). The Identification and Management of Psychosocial and Developmental Problems in Community-Based Primary Care Pediatric Practices. *Pediatrics*, 89: 480-485

PMid:1371342

Hosp, J. L., & Reschly, D. J. (2002). Predictors of restrictiveness of placement for African-American and Caucasian students with learning disabilities. *Exceptional Children*, 68,225–238. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400003114>

- Ivanova, M.Y. et al. (2011). Syndromes of preschool psychopathology reported by teachers and caregivers in 14 societies using the Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF). *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 7, 87-103.
- Jané, M.C., Canals, J., Ballespí, S., Viñas, F., Esparó, G., Domènech, E. (2006). Parents and teachers reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preschool children. Differences between urban-rural Spanish areas. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. May;41(5):386-9* <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0038-2>
- Jenkins, S., Bax, M., & Hart, H. (1980). Behavior problems in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 21, 5-17. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1980.tb00011.x> PMID:7358804
- Jensen, P. S., Martin, D. & Cantwell, D. P. (1997) Co morbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM—V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065 -1079. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199708000-00014> PMID:9256586
- Jetishi, P. (2010). *Emotional and behavioral problems in children of preschool age 2 - 5 years*. MA Thesis, Unpublished manuscript. Pristina University.
- Jianghong, L. (2004). Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *J. Child Adolesc Psychiatr Nurs.17(3): 93–103*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>
- Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., Woodward, S., & Hardway, C. (2002). One measure, one meaning: Multiple measures, clearer meaning. *Development and Psychopathology*, 14, 463-475 <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579402003048> PMID:12349869

- Kaiser, C.X., & Hancock, A.P. (2004). Parent and teacher agreement on child behaviour checklist items in a sample of preschoolers from low income and predominantly African American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 303-312.
http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3302_12 PMID:15136195
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2:217–250
- Karaj, Th. (2005). *Psikologjia e zhvillimit të fëmijës*. Botimi i dytë. Progres, Tiranë. f.28
- Katz, L. G. (1996). Child development knowledge and teacher preparation: Confronting assumptions. *Early Childhood Research Quarterly*, 11, 135–146.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0885-2006\(96\)90002-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-2006(96)90002-2)
- Kauffman, J. M. (1997). Conclusion: A little of everything, a lot of nothing is an agenda for failure. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 76–81.
<http://dx.doi.org/10.1177/106342669700500202>
- Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (7-th Ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/ Prentice Hall
- Keane, S.P., & Calkins, S.D. (2004). Predicting kindergarten peer social status from toddler and preschool problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 409–423.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JACP.0000030294.11443.41> PMID:15305546
- Keenan, K., & Shaw, D.S. (1994). The development of aggression in toddlers: A study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 53-77
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02169256> PMID:8163775

- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95–113.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.95> PMid:9000893
- Keenan, K., Shaw, D., Walsh, B., Delliquadri, E., & Giovannelli, J. (1997). DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 620– 627.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199705000-00012> PMid:9136496
- Keenan, K., Shaw, D.S., Delliquadri, E., Giovannelli, J., & Walsh, B. (1998). Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 441-454.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1022647717926> PMid:9915651
- Keenan, P. A., & Lachar, D. (1988). Screening preschoolers with special problems: Use of the Personality Inventory for Children (PIC). *Journal of School Psychology*, 26, 1-11
[http://dx.doi.org/10.1016/0022-4405\(88\)90027-1](http://dx.doi.org/10.1016/0022-4405(88)90027-1)
- Keiley, M. K., Bates, J., Dodge, K., & Pettit, G. (2000). A cross-domain analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 161-179. (60% contribution)
- Keiley, M.K., Lofthouse, N., Bates, J., Dodge, K., & Pettit, G. (2003). Differential risks of covarying and pure components of mother and teacher reports of externalizing and internalizing behaviors across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 267-283. (40% contribution)
- Kerr, D., Lunkenheimer, E., & Olson, S. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry, 48, 967-975.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01776.x> PMID:17914997

Kessler, R. C. (1995). The National Comorbidity Survey: Preliminary results and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(2), 139–151.

King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalising psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99, 1548-1559.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00893.x> PMID:15585046

Kirk, R. E. (1995). *Experimental design: Procedures for behavioral sciences* (3rd ed.). New York: Wadsworth.

Kochanska, G., Murray, K., & Coy, K.C. (1997). Inhibitory control as a contributor to conscience in childhood: From toddler to school age. *Child Development*, 68, 263-277. <http://dx.doi.org/10.2307/1131849> PMID:9180001

Koot, H.M, Verhulst, F.C. (1991). Prevalence of problem behavior in Dutch children aged 2– 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83:1–37. [PubMed]
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb10574.x>

Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41 (3), 229 – 237
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790140019002> PMID:6367688

Kovacs. M., Feinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood II: A longitudinal study of the risk for

a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643– 649

<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790180013001> PMID:6732424

Kristensen, S., Henriksen, T.B., Bilenberg, N. (2010). The child behavior checklist for ages 1.5-5 (cbcl11/215): Assessment and analysis of parent- and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nordic Journal of Psychiatry* 64(3):203-209.

<http://dx.doi.org/10.3109/08039480903456595> PMID:20085433

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K., Tamminen, T., Almqvist, F.(1999). Children's behavioural/emotional problems: a comparison of parents' and teachers' reports for elementary school-aged children. *European Journal of Adolescent Psychiatry*, 8, Suppl. 4:41-7.

<http://dx.doi.org/10.1007/BF03159641>

Kuschel Annett, (2012). *The Epidemiology of Child Psychopathology: Basic Principles and Research Data*. Chapter 8. pp.140. Published: April 20, under CC BY 3.0 license.

<http://dx.doi.org/10.5772/32216>

LaFreniere, P., Masataka, N., Butovskaya, M., Chen, Q., Dessen, M. A., Atwanger, K., Schreiner, S., Montirosso, R., & Frigerio, A. (2002). Cross-cultural analysis of social competence and behavior problems in preschoolers. *Early Education and Development*, 13, 201–219. http://dx.doi.org/10.1207/s15566935eed1302_6

Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Frick, P.J., & Grimm, J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders: issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(3):539-46.

- Lahey, B.B., Waldman, I.D., & McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00484> PMid:10433402
- Larson, C.P., Pless, I.B., & Miettinen, O. (1988). Preschool behaviour disorders: The prevalence in relation to determinants. *Journal of Pediatrics*, 113, 278–285. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(88\)80265-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(88)80265-8)
- Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H., Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:204–214. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199602000-00014> PMid:8720630
- Lefmann, T., & Combs-Orme, T. (2013). Early Brain Development for Social Work Practice: Integrating Neuroscience with Piaget's Theory of Cognitive Development. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23, (5):640-647 <http://dx.doi.org/10.1080/10911359.2013.775936>
- Lewis, M. (1990). *Self-knowledge and social development in early life*. In L. A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality* (pp. 277-300). New York: Guilford. PMid:2197716
- Liu, J., Chen, X., & Lewis, G. (2011). Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18,10: 884-894 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01743.x> PMid:22070805
- Luby, J. L. (2000). *Depression*. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 382– 396). New York: Guilford Press

Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., & Wallis, J.

M. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 340–348.

<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200303000-00002>

<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200303000-00015>

PMid:12595788

Luk, S., Leung, P.W., Bacon-Shone, J., Chung, S., Lee, P.W., Ng, R., et al. (1991).

Behaviour disorder in preschool children in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 158, 213–221. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.158.2.213>

PMid:2012913

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment

classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572–585

<http://dx.doi.org/10.2307/1131270> PMid:8477635

Maag, J. W. (2000). Managing resistance. *Intervention in School and Clinic*, 35, 131–140.

<http://dx.doi.org/10.1177/105345120003500301>

Maccoby, E.E. (1998). *The two sexes: Growing up apart, coming together*. Cambridge,

MA: Harvard University Press.

Marakovitz, S. E., and Campbell, S. B. (1998). Inattention, impulsivity, and hyperactivity

from preschool to school age: Performance of hard-to-manage boys on laboratory measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 841–851.

<http://dx.doi.org/10.1017/S0021963098002777>

<http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00385>

PMid:9758193

- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., Meltzer, H. (2004) Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621. [PubMed] <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x> PMid:15055379
- McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E., & Sachdev, D. (2000). Internalizing and externalizing children's behaviour problems in Britain and the U.S.: Relationships to family resources. *Children & Society*, 14, 368-383.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199007000-00016> PMid:2387797
- McGee, R., Partridge, F., Williams, S., & Silva, P. A. (1991). A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 224-232 <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199103000-00010> PMid:2016226
- McMahon, R.J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 901-917. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.901> PMid:7806720
- Merrell, K. W. (1999). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Salvia JS, Ysseldyke JE. Assessment. 8th Ed. Houghton Mifflin; Boston: 2001.

- Mesman, J., & Koot, H.M. (2001). Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, (9), 1029-1036.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200109000-00011> PMid:11556626
- Mesman, J., Bongers, I.L., & Koot, H.M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 679–689
<http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00763> PMid:11464972
- Miller-Lewis, L., Baghurst, P., Sawyer, M., Prior, M., Clark, J., Arney, F. & Carbone, J. (2006). Early childhood externalising behaviour problems: child, parenting, and family-related predictors over time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 891–906. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-006-9071-6> PMid:17103309
- Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, 61, 893-910
<http://dx.doi.org/10.2307/1130972> PMid:2364762
- Muris, P., Kindt, M., Bogels, S., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Anxiety and threat perception abnormalities in normal children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(2), 183-199.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1007588524525>
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T., et al. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832–836
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800210084013> PMid:3498458

- Offord, D. R., Boyle, M. H., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J. E., Sandford, M., & Lipman, E. L. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1078-1085
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199608000-00019> PMID:8755805
- Ogden, T. (2002). *Children and adolescents' life conditions in the Nordic countries. Marginalisation of children and adolescents in the Nordic countries – An overview of current knowledge*. Report, Copenhagen, Nordic Council of Ministers. Social Policy/Health.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of internalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62(5), 918–927.
- Ollendick, T. H., & Hersen, M. (1998). *Handbook of child psychopathology* (3rd Ed.). New York: Plenum Press. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4615-5905-4>
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *A social learning approach: IV. Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Co.
- Patterson, G., DeBaryshe, B. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.329> PMID:2653143
- Perle, J.G., Langsam, L.C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A.B., Odland, A.P., Nierenberg, B., Marker, C.D. (2013). Attitudes toward psychological telehealth: current and future clinical psychologists' opinions of internet-based interventions. *Journal of clinical psychology*, 69(1):100-13
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21912> PMID:22975897

- Philipps, L. H. C., & O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4,4 -year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 151-155 <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.2.151> PMid:2040765
- Pineda, D., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B. E., Henao, G. C., Gomez, L. F., Mejía, S., & Miranda, M. L. (1999). Prevalence of the attention deficit hyperactivity disorder symptoms in four-to-17 years general population children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 455–462. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021932009936> PMid:10821627
- Polanczyk, G., De Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Prior, M., Smart, M. A., Sanson, A., & Oberklaid, F. (1993). Sex differences in psychological adjustment from infancy to 8 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 291–304.
- Qi, C. H., & Kaiser, A. P. (2003). Behavior problems of preschool children from low-income families: Review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(4), 188–216. <http://dx.doi.org/10.1177/02711214030230040201>
- Quay, H.C., & Peterson, D.R. (1983). *Interim manual of the Revised Behavior Problem Checklist*. Miami, FL: Authors.
- Repko, Allen F. (2012). *Interdisciplinary Research: Process and Theory*. 2nd ed. Los Angeles: Sage. ISBN: 9781412988773.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Bilenberg, N., Bjarnado, G., Dias, P., et al. (2012). Multicultural comparisons of behavioral and emotional problems reported

- by caregivers/teachers of preschoolers in 15 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(2) 68-81. <http://dx.doi.org/10.1177/1063426611434158>
- Rescorla, L.A. et al. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130-142. <http://dx.doi.org/10.1177/10634266070150030101>
- Rescorla, L.A., et al. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 456-467.
<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.563472> PMid:21534056
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children*. Second Edition. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Richman, M., Stevenson, J., & Graham, P. J. (1982). *Preschool to school: A behavioral study*. London: Academic Press
- Richman, N. (1977). Behaviour problems in pre-school children: Family and social factors. *British Journal of Psychiatry*, 131, 523–527
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.131.5.523> PMid:588870
- Richman, N., Stevenson, J.E., Graham, P.J. (1975). Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: an epidemiological study in a London borough. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.16:277–87.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1975.tb00362.x> PMid:1206050
- Richman, N., Stevenson, J.E., Graham, P.J., Ridgely, M.S., Goldman, H.H., & Talbott, J.A.C. (1974). Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: An epidemiological study in a London Borough. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry, 16, 277–287.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1975.tb00362.x>

Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715–725.
PMid:9619142

Rose, S. L., Rose, S. A., & Feldman, J. F. (1989). Stability of behavior problems in very young children. *Development and Psychopathology*, 1, 5–19.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400000213>

Rothbart, M. K. (1989a). Temperament and development. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 187-247). Chichester, England: Wiley

Rowe, R., Maughan, B., Costello, E.J., & Angold, A. (2005). Defining oppositional defiant disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12):1309–1316.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01420.x> PMid:16313431

Rudo, Z.H., Powell, D.S. and Dunlap, G (1998). The effects of violence in the home on children's emotional, behavioral, and social functioning: a review of the literature. *Journal of emotional and behavioral disorders*. 6(2), 94–113.
<http://dx.doi.org/10.1177/106342669800600203>

Rudolph, K. (2002) . Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30, 3–13.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00383-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00383-4)

- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). *Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty*. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 4., pp.187–241). Chicago: University of Chicago Press
- Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R., & Prior, M. (1991). Risk indicators: Assessment of infancy predictors of pre-school behavioural maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(4), 609–626
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00338.x> PMid:1864892
- Sanson, A., Smart, D., Prior, M. & Oberklaid, F. (1993). Precursors of hyperactivity and aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1207-1216 <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199311000-00014>
 PMid:8282666
- Simpson, J.S., Jivanjee, P., Koroloff, N., Doerfler, A., & Garcia, M. (2001). *Promising practices in early childhood mental health. Systems of care: Promising practices in children's mental health*, 2001 series, volume III. Washington, DC: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institutes for Research.
- Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan.Med.Bull*, 57.10: B4193.
- Snyder, H.N. (2001). *Epidemiology of official offending*. In *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*. Edited by R. Loeber and D.P. Farrington. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., pp. 25–46.
 PMid:11447748

- Sourander, A. (2001). Emotional and behavioural problems in a sample of Finnish three-year-olds. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(2), 98–104
<http://dx.doi.org/10.1007/s007870170032>
- Speltz, M., McMellan, J., DeKlyen, M., & Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 838–845.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199907000-00013> PMID:10405501
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1293–1316
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00098-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00098-X)
- Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 107-115. http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_11
- Stanger, C., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes. *Developmental Psychopathology*, 9(1), 43-58 <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579497001053>
- Stansbury, K., & Zimmermann, L.K. (1999). Relations among language skills, maternal socialization of emotion regulation and child behavior problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 121-142
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1021954402840> PMID:10668308
- Sterba, S. K., M. J. Prinstein, and M. J. Cox. (2007). Trajectories of internalizing problems across childhood: heterogeneity, external validity, and gender differences.

Developmental Psychopathology, 19(2): 345-66

<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579407070174> PMID:17459174

Stevenson, J., Richman, N., & Graham, P. (1985). Behaviour problems and language abilities at three years and behavioural deviance at eight years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 215–230 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb02261.x> PMID:3980611

Stipek, D., & Ryan R. (1997). Economically disadvantaged preschoolers: Ready to learn but further to go. *Developmental Psychology*, 33, 711-723.

<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.33.4.711> PMID:9232386

Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39, 127-138.

<http://dx.doi.org/10.1002/pits.10025>

Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.1> PMID:16551138

Shaw, D. S., Gilliom, M., & Giovannelli, J. (2000). *Aggressive behavior disorders*. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd edn., pp. 397–411). New York: Guilford.

Shaw, D. S., Lacourse, E., & Nagin, D. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 931–942 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00390.x>

PMid:16108996

Shealy, A. H. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder, etiology, diagnosis and management. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 7, 24- 36.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.1994.tb00193.x>

Shonkoff, J., & Phillips, D. (Eds.). (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press
<http://books.nap.edu/catalog/9824.html> (e shfrytëzuar, Shkurt 2013)

PMid:10836572

Talvio, M. (2014). *How do teachers benefit from training on social interaction skills? Developing and utilising an instrument for the evaluation of teachers' social and emotional learning*. Helsinki: University of Helsinki

Talvio, M., Lonka, K. K., Kuusela, M., & Lintunen, T. (2012). The development of the Dealing with Challenging Interaction (DCI) method to evaluate teachers' social interaction skills. *Procedia. Social and Behavioral Sciences* (00 (2010) 000-000).

Talvio, M., Lonka, K., Komulainen, E., Kuusela, M., & Lintunen, T. (2013). Revisiting Gordon Teacher Effectiveness Training: An Intervention Study on Teachers' Social and Emotional Training. *Education and Psychology*, x(y), 693-716.

doi:10.1000/182

Thomas, B.H., Byrne, C., Offord, D.R., & Boyle, M.H. (1991). Prevalence of behavioral symptoms and the relationship of child, parent, and family variables in 4- and 5-year-olds: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12, 177-184. PMid:1869622

- Touliatos, J., & Lindholm, B.W. (1981). Congruence of parents' and teachers' ratings of children's behaviour problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 347-354.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00916839>
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129–134. <http://dx.doi.org/10.1080/016502500383232>
- Tremblay, R. E., Pihl, R.O., Vitaro, F., & Dobkin, P.L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry*, 51, 732- 739.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950090064009> PMid:8080350
- Tufnell, G.,(1999). *Mental Health and Growing Up*. Factsheets for parents, teachers and young people. 2-nd. Ed. GASKELL.
- Uljas, H., Rautava, P., Helenius, H., Sillanpaa, M. (1999). Behavior of Finnish 3-year-old children. I: Effects of sociodemographic factors, mother's health, and pregnancy outcome. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 41:412–419.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0012162299000882>
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.1999.tb00627.x> PMid:10400176
- Van Lier, P. A. C., Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Crijnen, A. A. M. (2003). Classes of disruptive behavior in young elementary school children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 44, 377–387
<http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00128>
- Velez, C.N., Johnson, J., Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and*

Adolescent Psychiatry, 28:861–864 [http://dx.doi.org/10.1097/00004583-](http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198911000-00009)

198911000-00009

PMid:2808256

Verhulst, F. C., Koot, H. M., & Van der Ende, J. (1994). Differential predictive value of parents' and teachers' report of children's problem behaviors: A longitudinal study.

Journal of Abnormal Child Psychology, 22, 531–546

<http://dx.doi.org/10.1007/BF02168936>

PMid:7822627

Verhulst, F.C., Berden, G.F.M.G., Sanders-Woudstra, J.A.R. (1985). Mental health in

Dutch children, II: the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 324:1–45

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1985.tb10513.x>

Vitaro, F., Gagnon, C., Tremblay, R. (1991). Teachers' and mothers' assessment of

children's behaviours from kindergarten to grade two: Stability and change within and across informants. *Journal of Psychopathology & Behavioural Assessment*, 12,

325-343. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00960445>

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychology process*.

Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original published in 1930).

Wakschlag, L., & Danis, B. (2004). *Assessment of disruptive behavior in young children: A*

clinical-developmental framework. In R. DelCarmen-Wiggins&A. S. Carter (Eds.),

Handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment (pp. 421–440).

New York: Oxford University Press.

Wakschlag, L., Briggs-Gowan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., McCarthy,

K., & Leventhal, B. (2007). A developmental framework for distinguishing

disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 976-987

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01786.x>

PMid:17914998

Webster-Stratton, C. (1993). Strategies for helping early school-age children with oppositional defiant and conduct disorders: The importance of home-school partnerships. *School Psychology Review*, 22(3), 437-457.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.93>

Weintraub, M., & Gringlas, M. (1995). *Single Parenthood in: Handbook of Parenting*. Ed. Marc H. Bornstein, vol. 3: Status and Social conditions of Parenting. pp. 65 - 87
New Jersey: Erlbaum.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H., Solheim, E., Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in Preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53:6, pp 695–705

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>

Wilens, T., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M., Blake, C., & Spencer T.J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-aged youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 262-268

<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200203000-00005> PMid:11886020

- Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescence, and adults*. (2-nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Wilens, T.E., Biederman, J., & Spencer, T.J. (2002), Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review Medicine* 53:113–131
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.med.53.082901.103945> PMid:11818466
- Winsler, A., & Wallace, G.L. (2002). Behaviour problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education and Development*, 13, 41-58
http://dx.doi.org/10.1207/s15566935eed1301_3
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 161-169
<http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00310> PMid:9669229.
- Zahn-Waxler, C., Iannotti, R.J., Cummings, E.M., & Denham, S. (1990). Antecedants of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 2, 271-291 <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00310>
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concerns for others. *Developmental Psychology*, 28, 1038–1047
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.28.1.126>
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.28.6.1038>
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slaterry, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443– 466 <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400003102> PMid:11014747

Zoccolillo, M., Tremblay, R.E., & Vitaro, F. (1996). DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: Specific but insensitive. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(4), 461–470
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199604000-00012> PMID:8919708

Burime dytësore

Bell, R. Q. (1974). Contributions of human infants to caregiving and social interaction. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 1-20). New York: Wiley. Berk, L. E. (2000). *Child development* (5th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Burke, J. D., Loeber, R., & Lahey, B. B. (2003). *Course and outcomes of oppositional defiant disorder and conduct disorder*. In C. Essau (Ed.), *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment* (pp. 61–94). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Campbell, J. P. (1990). Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 1, 687–732). Palo Alto: Consulting Psychologists Press

Campbell, S.B. (2006). Maladjustment in preschool children: A developmental psychopathology perspective. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *The Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 358-378). London: Blackwell.

Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., & Silva, Phil A. (1998). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth

- cohort. In Hertzog, M. E., Farber, E. A. et al. (Eds), *Annual progress in child psychiatry and child development*, (pp. 319-331). Bristol, PA: Brunner Mazel, Inc.
- Egger, H.L., Angold, A. (2004). *The Preschool Age Psychiatric Assessment PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children*. (In: Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Assessment, DelCarmen- Wiggins R, Carter A, eds. New York: Oxford University Press, pp 223–243
- Farrington, D.P. (1991). *Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later-life outcomes*. In *The Development and Treatment of Childhood Aggression*, edited by D.J. Pepler and K.H. Rubin. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 5–29.
- Freidman, R.M., Katz-Ueavy, J., Manderscheid, R., Sondheimer, D.L. (1996). *Mental Health, United States*. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services; Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. In R.W. Manderscheid & M.A. Sonnenschein (Eds.)
- Gardner, F., & Shaw, D. S. (2008). *Behavioural problems of infancy and pre-school children*. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry*, 5th edition (pp. 882-894). London: Blackwell Press.
- http://www.pitt.edu/ppcl/Publications/Gardner%20%20Shaw%20full%20draft%20c_hapte_r.pdf [e shfrytëzuar në Shkurt 2013]
- <http://dx.doi.org/10.1002/9781444300895.ch53> PMID:18462333

- Gould, M.S., Wunsch-Hitzig, R., Dohrenwend, B.P. (1980). *Formulation of hypotheses about the prevalence, treatment, and prognostic significance of psychiatric disorders in children in the United States*. In: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, editors. *Mental illness in the United States*. New York: epidemiological estimates; pp. 9–44
- Keenan, K., & Shaw, D. (2003). *Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behavior in the first years of life*. In B. Lahey, T. Moffit, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 153–181). New York: Guilford.
- Reid, J. B., & Patterson, G. R. (1991). *Early prevention and intervention with conduct problems: A social interactional model for the integration of research and practice*. In G. Stoner, M. (pp. 715-739). Silver Spring, MD: National Association of School Psychologists.
- Schachar, R., & Ickowicz, A. (2000). *Attention deficit and hyperkinetic disorders in childhood and adolescence*. In M. Gelder, J. Lopez-Ibor & N. Andreasen (Eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry* (Volume 2, pp. 1734-1750). Oxford: Oxford University Press
- Schachar, R., & Tannock, R. (2002). Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (Fourth Edition, pp.399-418). Oxford: Blackwell.

SHTOJCA A & B – Pyetësi për prindër dhe Pyetësi për edukatore parashkollore

EMRI I Emri Babait Mbiemri Natyra e punës së babait _____
 PLOTË
 I FËMIJËS Natyra e punës së nënes _____

GJINIA E FËMIUT MOSHA E FËMIUT
 ETNICITETI ☐ ☐

Marrëdhënia juaj me fëmijën:
 na ☐ Babai ☐ Tjetër (specifiko ☐

PUNA E ZAKONSHME E PRINDIT, edhe nëse nuk është duke punuar tani. Ju lutemi jini specifik –për shembull, automekanik, mësimdhënës/e i/e shkollës së mesme, amvise, punëtor, operator i tornos, shitës i këpucëve, ushtarak.

Poshtë është një listë e pyetjeve që përshkruan fëmijën. Për çdo citim që përshkruan fëmijën tani ose brenda dy muajve të kaluar, ju lutemi rrethoni 2 nëse citimi është shumë i vërtetë ose shpesh i vërtet për fëmijën. Rrethoni 1 nëse citimi është paksa ose nganjëherë i vërtetë për fëmijën. Nëse citimi nuk është i vërtet për fëmijën rretho 0.

Ju lutemi përgjigjuni të gjitha citimeve sa më mirë që mundeni, edhe atëherë kur ju duket që nuk zbatohen tek fëmija juaj.

0=Jo e vërtetë(aq sa dini ju) 1= Paksa ose nganjëherë e vërtetë 2=shumë e vërtetë ose shpesh e vërtetë

- | | |
|---|--|
| 0 1 2 1. Ankon për dhembje të ndryshme (pa shkaktar mjekësorë; mos përfshini dhembje të lukthit ose kokës) | 0 1 2 9. Përtyp gjëra që nuk janë të ngrënshme |
| 0 1 2 2. Sillet shumë më i ri se për moshën që ka | 0 1 2 10. Kapet(ngjitet) pas të rriturve ose është shumë i varur prej tyre. |
| 0 1 2 3. Frikësohet të provoj gjëra të reja | 0 1 2 11. Vazhdimisht kërkon ndihmë |
| 0 1 2 4. Shmang të shohë në sy të të tjerët. | 0 1 2 12. Ka kapsllëk(nuk mund te dal jashtë), kur nuk është i sëmure. |
| 0 1 2 5. Nuk mund të përqendrohet, nuk mund të kushtoj vëmendje për një kohë të gjatë | 0 1 2 13. Qan shumë |
| 0 1 2 6. Nuk mund të rri ulur i qetë, i lëvizshëm ose hiperaktiv. | 0 1 2 14. I egër ndaj kafshëve |
| 0 1 2 7. Nuk duron ti ketë gjerat jashtë vendit të tyre. | 0 1 2 15. Kundërshtues |
| 0 1 2 8. Nuk pret gjatë, e donë çdo gjë në moment. | 0 1 2 16. Kërkesat duhet ti mbushen menjëherë |
| | 0 1 2 17. I shkatërron gjërat e tij/saj |
| | 0 1 2 18. I shkatërron gjërat që i takojnë familjes së tij/saj ose fëmijëve tjerë. |
| | 0 1 2 19. Barkëqitje ose del jashtë pa kontrolle(kur nuk është i semure) |
| | 0 1 2 20. I pabindur (i padëgjueshëm) |

- 0 1 2 21. Shqetësohet për çdo lloj ndryshimi në rutinë.(gjërat e përditshme)
- 0 1 2 22. Nuk donë të flejë vetëm.
- 0 1 2 23. Nuk u përgjigjet njerëzve kur i flasin atij/asaj
- 0 1 2 24. Nuk han mirë(përshkruaj)
-
- 0 1 2 25. Nuk shkon mirë më fëmijët tjerë
- 0 1 2 26. Nuk di si të kënaqet (argëtohet),sillet si i/e rritur
- 0 1 2 27. Nuk duket të ndihet fajtor pasi që të sillet keq
- 0 1 2 28. Nuk donë të dal jashtë shtëpisë
- 0 1 2 29. Lehtësisht irritohet
- 0 1 2 30. Lehtësisht (*bëhet) xheloz
- 0 1 2 31. Han ose pinë gjëra që nuk janë ushqim mos përfshij sheqerat (përshkruaj)
-
-
- 0 1 2 32. I frikësohet disa kafshëve, situatave apo vendeve (përshkruaj)
-
-
- 0 1 2 33. Ndjenjat i lëndohen lehtë(lehtësisht lëndohet)
- 0 1 2 34. Lëndohet shumë, i prirur për aksidente
- 0 1 2 35. Futet(përfshihen) në shumë përleshje
- 0 1 2 36. Futet në çdo gjë(përfshihet gjithëkund)
- 0 1 2 37. Shqetësohet shumë kur ndahet prej prindërve
- 0 1 2 38. Ka vështirësi të flejë.
- 0 1 2 39. Kokëdhembje (pa shkaktar mjekësor)
- 0 1 2 40. I godet të tjerët
- 0 1 2 41. E mban frymën e tij/saj
- 0 1 2 42. I lëndon kafshët ose njerëzit pa menduar (*pa dashur) që ta bëj
- 0 1 2 43. Duket jo i lumtur pa ndonjë arsye të mirë
- 0 1 2 44. Disponim të keq (i zemëruara)

- 0 1 2 45. Përzihet, i vjen për të vjellë(pa ndonjë arsye mjekësore)
- 0 1 2 46. Lëvizje nervoze ose dridhje(përshkruaj)
-
-
- 0 1 2 47. Nervoz,shumë i ndjeshëm(nevrik), ose i tendosur
- 0 1 2 48. Ëndrra të këqija natën.
- 0 1 2 49. Han tepër
- 0 1 2 50. Shumë i lodhur
- 0 1 2 51. Shfaq panik pa ndonjë arsye të mirë
- 0 1 2 52. Ka dhimbje kur del jashtë(nevojën e madhe)(pa arsye mjekësore)
- 0 1 2 53. I sulmon fizikisht njerëzit
- 0 1 2 54. Kruan hundën, lëkurën ose pjesë tjera të trupit (përshkruaj)
-
-
- 0 1 2 55. Luan tepër me pjesët e veta të gjinisë (p.sh organet gjenitale..)
- 0 1 2 56. Ka koordinim të dobët të lëvizjeve ose i ngathët
- 0 1 2 57. Probleme me sy(pa arsye mjekësore)
-
-
- 0 1 2 58. Ndëshkimi nuk i ndërron sjelljen e tij/saj
- 0 1 2 59. Shpejt zhvendoset(kalon) prej një aktiviteti në tjetrin
- 0 1 2 60. Skuqje ose probleme tjera lëkurë (pa arsye mjekësore)
- 0 1 2 61. Refuzon të ushqehet
- 0 1 2 62. Refuzon të luaj lojëra aktive (kërkojnë energji)
- 0 1 2 63. Lëkund kokën ose trupin në mënyrë përsëritëse
- 0 1 2 64. Kundërshton(*reziston) të shkoj në shtrat në darke.
- 0 1 2 65. Reziston të ushtruarit për tualet (më lan peleneta)(përshkruaj)
-
-0 1 2 66. Pisket(bërtet) shumë
- 0 1 2 67. Duket që nuk reagon ndaj dashurisë

- 0 1 2 68. I ndruajtur ose lehtësisht i turpërohet.
 0 1 2 69. Egoist ose nuk dëshiron n të ndaj më të tjeret
 0 1 2 70. Shfaq pak dashuri ndaj njerëzve
 0 1 2 71. Shfaq pak interesim për gjërat rreth tij/saj
 0 1 2 72. Pak frikësohet se mund të lëndohet.
 0 1 2 73. Shumë i turpshëm ose i marrshëm
 0 1 2 74. Flen më pak së shumica e fëmijëve gjatë ditës edhe/ose natës(përshkruaj):

 0 1 2 75. Ndyhet ose luan me jashtëqitje
 0 1 2 76. Probleme me të folurin(përshkruaj):

0 1 2 77. Shikon ngultas në hapësirë (e ka shikimin e zbrazet) ose duket i merakosur
 0 1 2 78. Dhembje lukthi ose dhembje barku (pa shkak mjekësor)
 0 1 2 79. Ndërron shumë shpejt nga i mërzhitur në i gëzuar.
 0 1 2 80. Sjellje të çuditshme(përshkruaj)

 0 1 2 81. Kokëfortë, i zymtë, ose gjaknxehtë
 0 1 2 82. Ndryshime të befasishe në gjendje shpirtërore ose ndjenja
 0 1 2 83. Rri më turinj(* i var buzët) shumë
 0 1 2 84. Flet ose bërtet në gjumë

A ka femija ndonjë semundje, paaftësi apo nevojë speciale

Çfarë ju shqetëson rreth fëmijës.....

Pershkruaj të lutem gjerat pozitive të fëmijës.....

- 0 1 2 85. Shpërthime inati ose temperament i nxehtë
 0 1 2 86. Shumë i interesuar pas rregullit ose pastërti
 0 1 2 87. Shumë frikësohet ose shqetësohet
 0 1 2 88. Jo bashkëpunues
 0 1 2 89. Jo aktiv, lëvizë ngadalë, i mungon energjia
 0 1 2 90. I pa lumtur, mërzhitur ose i dëshpëruar
 0 1 2 91. Jashtëzakonisht i zhurmshëm
 0 1 2 92. Mërzhitet prej njerëzve apo situatave të reja (përshkruaj):

 0 1 2 93. Te vjella, kthen (pa arsye mjekësore)
 0 1 2 94. Zgjohet shpesh natën
 0 1 2 95. Bredh(endet) jashtë
 0 1 2 96. Done (kërkon) shumë vëmendje
 0 1 2 97. Rënkton (ankohet)
 0 1 2 98. I tërhequr, nuk përfshihet më të tjerët
 0 1 2 99. Merakoset
 0 1 2 100. Ju lutemi shkruani ndonjë problem që ka fëmija e që nuk është futur në listën e sipërme
 0 1 2
 0 1 2
 0 1 2

				Muaji__Dita__Viti	
				Muaji__Dita__Viti	
				EMRI I institucionit.....	
				PUNA E ZAKONSHME E PRINDIT, edhe nëse nuk është duke punuar tani. Ju lutemi jini specifik –për shembull, automekanik, mësimdhënës/e i/e shkollës së mesme, anvisë, punëtor, operator i tornos, shitës i këpucëve, ushtarak.	
EMRI I	Emri	Babait	Mbiemri	Natyra e punës së babait_____	
PLOTË				Natyra e punës së nenës_____	
I FËMIJËS				Marrëdhënia juaj me fëmijën:	
				mesuese ☐ kujdesta ☐ ☐	
GJINIA E FËMIUT	MOSHA E FËMIUT	Edukimi juaj			
ETNICITETI		Sa vite eksperiencë keni në punën më fëmijën.....			
☐	☐				
Djalë	Vajzë				
DATA E SOTME	DITELINDJA E FËMIJES				

- I. Çfarë lloj ndërtese është?(Ju lutemi bëhuni specifik, psh . qendër ditore, çerdhe, kopsht fëmijësh, parashkollor, klase përgatitëse për shkollë, edukim special për fëmijëri të hershme, etj.)
- _____
- II. Sa është numri mesatar i fëmijëve në grupin ose klasën e fëmijut?_____
- III. Sa ore ne jave kalon fëmiju ne këtë ndërtese?_____orë për jave
- IV. Për sa muaj e keni njohur këtë fëmijë?_____muaj.
- V. Sa mirë e njeh atë? 1. Jo mirë 2. Mesatarisht mirë 3. Shumë mirë
- VI. A ka qene ai/ ajo ndonjëherë e referuar për program të edukimit special ose shërbime të veçanta? Nuk e di 0. Jo 1. Po-çfarë lloji dhe kur?

Poshtë është një listë e artikujve që përshkruan fëmijët. Për çdo artikull që përshkruan fëmijun **tash ose brenda dy muajve të kaluar**, ju lutemi rrethoni 2 nëse artikulli **është shume i vërtete** ose shpesh i vërtet për fëmijun. Rrethoni 1 nëse **artikulli është paksa ose nganjëherë** i vërtetë për fëmijun. Nëse artikulli **nuk është i vërtet** për fëmijun rretho 0. Ju lutemi përgjigjuni të gjitha artikujve sa më mire që mundeni, edhe sikur duket që nuk zbatohen tek fëmiju.

0=Jo e vertete(aq sa dini ju) 1= Paksa ose nganjehere e vertete 2=shume vertete ose shpesh e vertete

- 0 1 2 1. Ankohet për dhembje të ndryshme(pa shkaktar mjekësorë; mos përfshini dhembje të lukthit ose kokës)
- 0 1 2 2. Sillet si shumë më i ri se për moshën që ka
- 0 1 2 3. Frikësohet të provoj gjëra të reja
- 0 1 2 4. Shmang të shohë në sy të tjerët.
- 0 1 2 5. Nuk mund të përqendrohet, nuk mund të kushtoj vëmendje për një kohë të gjatë
- 0 1 2 6. Nuk mund të rri ulur i qetë, është i lëvizshëm, hiperaktiv.
- 0 1 2 7. Nuk duron ti ketë gjerat jashtë vendit të tyre.
- 0 1 2 8. Nuk pret gjatë, e don çdo gjë në moment.
- 0 1 2 9. Përtyt, han gjëra që nuk janë të ngrënshme
- 0 1 2 10. Është i lidhur shumë pas të rriturve ose është shumë i varur prej tyre.
- 0 1 2 11. Vazhdimisht kërkon ndihmë
- 0 1 2 12. Apatik dhe i pamotivuar
- 0 1 2 13. Qan shumë pa arsye
- 0 1 2 14. I egër ndaj kafshëve
- 0 1 2 15. Kundërshton vazhdimisht
- 0 1 2 16. Kërkesat duhet ti mbushen menjëherë
- 0 1 2 17. I shkatërron gjërat e tij/saj
- 0 1 2 18. I shkatërron gjërat që i takojnë të tjerë.
- 0 1 2 19. Ëndërron më sy hapur, apo humbet në mendimet e tij/saj
- 0 1 2 20. I pabindur (i padëgjueshëm)
- 0 1 2 21. Shqetësohet për çdo lloj ndryshimi në rutinë.(gjërat e përditshme)
- 0 1 2 22. I keq, ngucet, apo lëndon të tjerët.
- 0 1 2 23. Nuk u përgjigjet njerëzve kur i flasin atij/asaj
- 0 1 2 24. Ka vështirësi për ti ndjekur udhëzimet.
- 0 1 2 25. Nuk shkon mirë me fëmijët tjerë
- 0 1 2 26. Nuk di si të kënaqet (argëtohet),sillet si i/e rritur

- 0 1 2 27. Nuk duket të ndihet fajtor pasi që të sillet keq
- 0 1 2 28. Shqetëson fëmijët e tjerë.
- 0 1 2 29. Lehtësisht irritohet
- 0 1 2 30. Është shumë xheloz
- 0 1 2 31. Han ose pinë gjëra që nuk janë ushqim (mos përfshij sheqerat (përshkruaj)_____
- 0 1 2 32. I frikësohet disa kafshëve, situatave apo vendeve(përveç shkollës, çerdhes) (përshkruaj)_____
- 0 1 2 33. Lëndohen lehtë(në nivel të ndjenjave)
- 0 1 2 34. Lëndohet(fizikisht) shumë, i prirur për aksidente
- 0 1 2 35. Futet(përfshihen) në shumë përleshje
- 0 1 2 36. Futet në çdo gjë(përfshihet gjithkund)
- 0 1 2 37. Shqetësohet shumë kur ndahet prej prindërve (kujdestares)
- 0 1 2 38. Ka sjellje eksplozive dhe të paparashikueshme.
- 0 1 2 39. Kokë dhembje (pa shkaktar mjekësor)
- 0 1 2 40. I godet të tjerët
- 0 1 2 41. E mban frymën e tij/saj
- 0 1 2 42. I lëndon kafshët ose njerëzit pa e vrare mendjen shume
- 0 1 2 43. Duket jo i lumtur pa ndonjë arsye të mirë
- 0 1 2 44. Disponim të keq (i zemëruara)
- 0 1 2 45. Përzihet, i vjen për të vjellë(pa ndonjë arsye mjekësore)
- 0 1 2 46. Lëvizje nervoze ose dridhje(përshkruaj)_____
- 0 1 2 47. Nervoz, shumë i ndjeshëm(nevrik), ose i tendosur

0 1 2 48. Dështon të qojë deri në fund detyrat që i caktohen.

0 1 2 49. Ka frike nga shkolla apo çerdhja.

0 1 2 50. Shumë i lodhur

0 1 2 51. I lëvizshëm (parehatshëm)

0 1 2 52. Fëmijët e tjerë e ngucin.

0 1 2 53. I sulmon fizikisht njerëzit

0 1 2 54. Kruan hundën, lëkurën ose pjesë tjera të trupit (përkruaj)

0 1 2 55. Luan tepër me pjesët e veta të gjinisë(p.sh organet gjinitale..)

0 1 2 56. Ka koordinim të dobët të lëvizjeve ose i ngathët

0 1 2 57. Probleme me sy(pa arsye mjekësore).....

0 1 2 58. Ndëshkimi nuk i ndërron sjelljen e tij/saj

0 1 2 59. Shpejt zhvendoset(kalon) prej një aktiviteti në tjetrin

0 1 2 60. Skuqje ose probleme tjera lëkurë(pa arsye mjekësore)

0 1 2 61. Refuzon të ushqehet

0 1 2 62. Refuzon të luaj lojëra aktive(që kërkojnë energji)

0 1 2 63. Lëkund kokën ose trupin në mënyrë përsëritëse

0 1 2 64. I pavëmendshëm dhe shumë lehtë i teriqet vëmendja

0 1 2 65. Gënjen apo mashtron

0 1 2 66. Bërtet, pisket shumë

0 1 2 67. Duket që nuk reagon ndaj dashurisë

0 1 2 68. I ndruajtur ose lehtësisht turpërohet.

0 1 2 69. Egoist ose nuk donë të ndaj gjërat më fëmijët e tjerë

0 1 2 70. Shfaq pak dashuri ndaj njerëzve

0 1 2 71. Shfaq pak interesim për gjërat rreth tij/saj

0 1 2 72. Pak frikësohet se mund të lëndohet.

0 1 2 73. Shumë i turpshëm ose i marrshëm

0 1 2 74. Fëmijët e tjerë nuk e duan

0 1 2 75. Aktiv jashtë mase

0 1 2 76. Probleme me të folurin(përkruaj):

0 1 2 77. Shikon ngultas në hapësirë(e ka shikimin e zbrazet) ose duket i merakosur

0 1 2 78. Dhembje lukthi ose dhembje barku (pa shkak mjekësor)

0 1 2 79. I përshtatshëm tepër ndaj rregullave

0 1 2 80. Sjellje të çuditshme (përkruaj)

0 1 2 81. Kokëfortë, i irritueshëm ose gjaknxehtë

0 1 2 82. Ndryshime të befasishme në gjendje shpirtërore ose ndjenja

0 1 2 83. Rri me turinj (* i var buzët) shumë

0 1 2 84. Ngacmon shumë

0 1 2 85. Shpërthime inati ose temperament i nxehtë

0 1 2 86. Shumë i interesuar pas rregullit ose pastërti

0 1 2 87. Shumë frikësohet ose shqetësohet

0 1 2 88. Jo bashkëpunues

0 1 2 89. Jo aktiv, lëvizë ngadalë, i mungon energjia

0 1 2 90. I pa lumtur, mërziur ose i dëshpëruar

0 1 2 91. Jashtëzakonisht i zhurmshëm

0 1 2 92. Mërzitet prej njerëzve apo situatave të reja (përkruaj):

0 1 2 93. Te vjella, kthen (pa arsye mjekësore)

0 1 2 94. Ka higjiene jo të mire

0 1 2 95. Bredh(endet) jashtë

0 1 2 96. Don (kërkon) shumë vëmendje

0 1 2 97. Rënkton (ankohet) pa arsye

0 1 2 98. I tërhequr, nuk përfshihet më të tjerët

0 1 2 99. Merakoset

0 1 2 100. Ju lutemi shkruani ndonjë problem që ka fëmija e që nuk është futur në listën e sipërme

Ju lutemi sigurohuni që iu keni përgjigjur të gjithë artikujve. Nënvizoni cilëndo që jeni i shqetësuar.

A ka fëmija ndonjë sëmundje ose paafësi (ose fizikë ose mendore)? JO PO-Ju lutemi përshkruaje:

Çfarë ju shqetëson më shumë juve rreth këtij fëmijë?

Ju lutemi përshkruani gjërat më të mira për këtë fëmijë.

The Impact of Preschool Social-Emotional Development on Academic Success of Elementary School Students

Merita Shala

Psychology Department, FAMA College, Pristine, Kosovo
Email: merishala@gmail.com

Received July 27th, 2013; revised August 26th, 2013; accepted September 25th, 2013

Copyright © 2013 Merita Shala. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Social and emotional development is considered as an important factor in child development, especially considering its importance in child school readiness. Social and emotional development consists of the relationships an individual has with others, the level of self-control, and the motivation and perseverance a person has during an activity. This study examined the relationship between children's preschool social and emotional development and their academic success in primary school. There were 96 children from Pristine participating in the study, 28 of them in the first grade, 32 in the second grade, 15 in the third grade and 21 in the fourth grade. To determine the relationship between children's social and emotional development, during their preschool years, the ELDS assessment form was used, while for their academic achievements in each grade, the ELDS assessment form was used for their grades in two subjects. Several hierarchical regressions were used to determine the relationship between children's social and emotional development, during their preschool years and their academic success. The results of this study revealed that the social and emotional development showed significant predictive value for the first, second and third grade criterion variables. While for the fourth grade, there was no significant predictive value.

Keywords: Social-Emotional Development; Academic Success; School Readiness

Introduction

Children entering school now are expected to come with the prerequisite skills for early literacy and math and the social maturity to comply with school routines. Some of them enter school with all of these skills and the disposition to use them. Others do not. One important reason for these variations in social competence rests in the quality of children's preschool experiences.

Decades of research show that high-quality early childhood programs are linked to greater social-emotional competence (Campbell, Ramey, Pungello, Sparling, & Miller-Johnson, 2002; Schweinhart & Weikart, 1997). High-quality programs are identified as those in which children learn many of the social skills that help them participate in a group as a cooperative member and learn to use adults to gain information and assistance.

Most preschool curricula focus primarily on building the child's cognitive skills. However, social-emotional skill deficits impact a student's academic performance, and remain a sometimes-overlooked characteristic of young children's transition to grade school (Child Trends, 2002; LaParo & Pianta, 2000).

In fact, school readiness is typically defined in terms of a child's cognitive skills, but also includes the child's capacity to regulate emotions and be able to show positive social interactions and cooperation in the classroom.

Despite the quality of children's earlier experiences, they come to school together and the teacher must develop this group of diverse learners into a community of respectful, moti-

vated learners.

Social-Emotional Development

Social and emotional development in children has to do with how children feel about themselves (such as confidence, always scared, eager to learn, proud of their culture, afraid of being wrong), how they behave (such as constantly fighting, easily upset, able to deal with conflict), and how they relate to others, especially people who matter to them (for example, parents, teachers, and friends).

Social-emotional development includes the emergence of emotional self-regulation, empathy, effective communication, positive social interaction, and social independence. Typically social-emotional development is divided into three main areas: attachment, initiative and self-control, also known as self-regulation.

Initiative is defined as a psychological feature that entices a person to achieve a desired goal (LeBuffe & Naglieri, 1998). Self-regulation is the process in which a person controls his or her own behavior through internal executive functions. Attachment is defined as a deep and enduring emotional bond that connects one person to another across time and space (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969).

While a child's innate temperament matters, much of social behavior is learned. Children learn social behaviours and norms from interactions with parents, caregivers, siblings and peers (Emde, 1998; Harris, 1995). Studies of "prosocial" behaviours in childhood show that when such behavior is modeled by

adults, it is learned at an earlier age (Eisenberg & Mussen, 1989). A two-year-old child can be socialised to display empathy towards others, adjust their responses to others' emotional expressions (social referencing), and try to make others feel better following a negative event (Shonkoff & Phillips, 2000; Thompson, 1998). Children in preschool (four or five years old) must acquire understanding of emotions, and become more capable for managing their feelings.

Social-Emotional Development and School Readiness

School readiness is typically defined in terms of a child's cognitive skills, but also includes the child's capacity to regulate emotions and be able to show positive social interactions and cooperation in the classroom. The current emphasis on children's academic preparedness continues to overshadow the importance of children's social and emotional development for school readiness (Raver & Zigler, 1997). Over the past 20 years, researches have demonstrated that children's emotional and social skills are linked to their early academic standing (Wentzel & Asher, 1995). Children with difficulties paying attention, following directions, getting along with others, and controlling negative emotions of anger and distress do less well in school (McClelland et al., 2000). For many children, academic achievement in their first few years of schooling appears to be built on a firm foundation of children's emotional and social skills (Ladd, Kochenderfer, & Coleman, 1997; O'Neil et al., 1997).

Science has established a compelling link between social-emotional development and behavior and school success (Raver, 2002; Zins, Bloodworth, Weissberg, & Walberg, 2004). Young children cannot learn to read if they have problems that distract them from educational activities, problems following directions, problems getting along with others and controlling negative emotions, and problems that interfere with relationships with peers, teachers, and parents.

Social-Emotional Development and Academic Achievement

According to Howes, Hamilton, & Philipsen (1998), normatively, first friendships are established during the preschool years. The acquisition of prosocial friendship skills (such as helping, sharing, and taking turns) during preschool predict kindergarten and later elementary school engagement and academic success (Howes et al., 1998).

Also, prosocial behavior may foster positive relationships with teachers and peers, thereby motivating school bonding and creating feelings of social-emotional security and comfort in the classroom that support exploration and thereby enhance learning (Coolahan et al., 2000; Konold & Pianta, 2005).

Social-emotional skills include: emotional regulation; developing skills to communicate about emotions and resolve/avoid conflicts, showing empathy, demonstrating positive interactions and classroom cooperation, and the ability to take directions and conform to behavior norms expected in the classroom. Children learn self-monitoring and deliberate inhibition of undesired behaviours (Saarni, Mumme, & Campos, 1998; Sroufe, 1996). Those children who are delayed in the development of social-emotional skills exhibit academic and behavioural problems (Blair, 2002; Connell & Prinz, 2002; Denham, 2006; Shonkoff & Phillips, 2000).

Methodology

This is a correlational study, with the main aim to determine the relationships between the students' pre-kindergarten social and emotional development and their academic success in first, second, third and fourth grade of elementary school.

Participants

A total of 96 primary school students participated in this study. During the last four years they attended a public pre-school program. In 2012, 28 of them have completed first grade, 32 have completed second grade, 15 students have completed third grade and 21 students have completed fourth grade. For children's participation in the study parent's agreement was obtained.

Instruments

ELDS Assessment Form

At the end of each school year, preschool teachers completed an evaluation form for the achievement of each child during the year. The content of that evaluation form, for social-emotional development, was compared and adopted with the content of the field of social-emotional development of ELDS, recently developed and published. We estimate children social-emotional development with grades of E (excellent = 3), S (satisfactory = 2), or N (needs improvement = 1) of 24 observed behaviors, divided into five factors: 1-differentiations between known and unknown people (DKNP-Cronbach $\alpha = .72$), 2-interaction with the persons around (IPA-Cronbach $\alpha = .85$), 3-experience, recognise and properly express emotions (ER-PEE-Cronbach $\alpha = .65$), 4-demonstrate that she/he knows the concept of her/him self (DKCHS-Cronbach $\alpha = .67$), 5-ability of self-regulation of emotions (ASRE-Cronbach $\alpha = .70$).

Academic Grades

The students' grades at the end of each academic year, from first to fourth grade, were also used to assess their academic success. Academic grades consisted in student's performance during the whole school year. Students received grades in mathematics and Albanian language (reading and writing).

Procedures

The method of linear regression analysis was used, in order to evaluate how well social and emotional development in pre-kindergarten predicts academic success from kindergarten until fourth grade. A specific child code for the identification of information was used. The statistical package used in the present study is SPSS Ver. 19.0.

Results

There were a series of multiple regressions used in this study to determine the relationship between the social and emotional factors and student academic success from preschool through grade four. Several hierarchical regressions were performed between the five social-emotional factors, measured in preschool, as the predictor variables and academic grades, (scores) as the criterion variables.

We used separate regressions for each academic grade in Albanian language (reading and writing) and mathematics from

preschool to fourth grade, to see the extent to which social-emotional factors may have influence (impact) on academic success throughout the years.

The results of **Table 1** show a great impact of social-emotional factors such as interaction with the persons around (IPA), experience, recognize and express emotions properly (ERPEE), and the ability of self-regulate emotions (ASRE) on academic success in the first grade.

In **Table 2**, results show that emotional factors such as interaction with the persons around (IPA) and the ability of self-regulate emotions (ASRE), can predict later academic success for students in the second grade. There are almost the same results within the third grade, presented in **Table 3**, where factors like experiences recognize and express emotions properly (ERPEE) and the ability of self-regulate emotions (ASRE), show high relationship level with academic success, while in **Table 4**, show no significant correlations between social-emotional development and academic success.

Discussion

The main aim of this study was to determine the relationships between prekindergarten students' social and emotional development and later academic achievement, using the multiple regressions. Based on the results of separated multiple regressions analysis for each grade, it is obvious that there is a greater association between social-emotional development and academic achievement in elementary school, especially during the first three years. According to our results, there were no significant correlations between social-emotional development

Table 1.
Multiple regressions for variables predicting first grade success.

	BETA	St.Err. BETA	B	St.Err. of B	t	p-level
DKND	.13	.12	.20	.18	1.13	.27
IPA	.29	.13	.39	.17	2.18*	.03*
ERPEE	.44	.12	.73	.21	3.43*	.00*
DKCHS	.21	.13	.34	.22	1.57	.13
ASRE	.44	.13	.69	.21	3.16*	.00*
R = .84 R ² = .70						

Note: * $p < .05$.

Table 2.
Multiple regressions for variables predicting second grade success.

	BETA	St.Err. BETA	B	St.Err. of B	t	p-level
DKND	-.12	.15	-.18	.22	-.80	.42
IPA	.50	.16	.80	.25	3.13*	.00*
ERPEE	-.28	.15	-.41	.22	-1.84	.07
DKCHS	.14	.14	.23	.23	1.00	.32
ASRE	.72	.15	1.17	.25	4.71*	.00*
R = .74 R ² = .54						

Note: * $p < .05$.

Table 3.
Multiple regressions for variables predicting third grade success.

	BETA	St.Err. BETA	B	St.Err. of B	t	p-level
DKND	.39	.28	.51	.36	1.39	.19
IPA	.18	.26	.24	.34	.71	.48
ERPEE	.87	.24	1.27	.35	3.57*	.00*
DKCHS	.33	.24	.51	.37	1.37	.20
ASRE	.84	.36	1.21	.52	2.29*	.04*
R = .78 R ² = .61						

Note: * $p < .05$.

Table 4.
Multiple regressions for variables predicting fourth grade success.

	BETA	St.Err. BETA	B	St.Err. of B	t	p-level
DKND	-.01	.25	-.02	.32	-.06	.94
IPA	-.15	.24	-.20	.31	-.64	.52
ERPEE	.30	.24	.39	.32	1.24	.23
DKCHS	.16	.25	.22	.35	.66	.51
ASRE	.13	.25	.18	.34	.55	.58
R = .35 R ² = .12						

Note: * $p < .05$.

and academic success in the fourth grade. This may have several reasons. One of them could be due to the fact that students were assessed almost three years ago and during this time their social-emotional development may have been affected by changes in a child's environment. Another reason could be the teacher and class environment. Teachers promote specific skills, including anger management, behavioural self-control and expressive language capacity, which helps to avoid problem behaviours that interfere with children's learning and reinforce the basic rules of positive school conduct (Rimm-Kaufmann, La Paro, Downer, & Pianta, 2005; Dockett & Perry, 2003).

While regarding the association between social-emotional development and academic achievement in elementary school, our findings are similar to the findings of previous research which found that social and emotional development can predict later academic success (Agostin & Bain, 1997; Burchinal, Peisner-Feinberg, Pianta, & Howes, 2002; Normandeau & Guay, 1998; Pianta & Harbers, 1996; Shoda, Mischel, & Peake, 1990; Slaughter-Defoe & Rubin, 2001; Smith & Walden, 2001; Stipek, 1993; Reynolds, 1989; Turner & Johnson, 2003; O'Connor & McCartney, 2007).

Children need a combination of intellectual skills, motivational qualities, and social-emotional skills to succeed in school (Thompson, 2002). With regard to that, Greenberg et al (2003), states that learning social and emotional skills is similar to learning other academic skills in that the effects of initial learning are enhanced over time to address the increasingly complex situations children face regarding academic achievement, social relationships, citizenship and health. In addition, several reviews found evidence of greater effectiveness in the early years (ages

2 - 7) than in older children (Tennant et al., 2007; Browne et al., 2004). "Learning is a social process" (Zins et al., 2004), and if we expect children to enter school "ready to learn" they must have the underlying security and emotional foundation for that learning. Social-emotional development is too important to be left to chance.

REFERENCES

- Ainsworth, M. D. (1973). The development of infant mother attachment. In B. M. Caldwell, & H. N. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 3). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Agostin, R. M., & Bain, S. K. (1997). Predicting early school success with development and social skills screeners. *Psychology in the Schools*, 34, 219-228. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6807\(199707\)34:3<219::AID-PITS4>3.0.CO;2-J](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(199707)34:3<219::AID-PITS4>3.0.CO;2-J)
- Blair, C. (2002). School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57, 111-127. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.2.111>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Browne, G., Gafni, A., Roberts, J., Byrne, C., & Majumdar, B. (2004). Effective/efficient mental health programs for school-age children: A synthesis of reviews. *Social Science & Medicine*, 58, 1367-1384. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00332-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00332-0)
- Burchinal, M. R., Peisner-Feinberg, E., Pianta, R., & Howes, C. (2002). Development of academic skills from preschool through second grade: Family and classroom predictors of developmental trajectories. *Journal of School Psychology*, 40, 415-436. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4405\(02\)00107-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4405(02)00107-3)
- Campbell, F. A., Ramey, C. T., Pungello, E., Sparling, J., & Miller-Johnson, S. (2002). Early childhood education: Young adult outcomes from the Abecedarian Project. *Applied Developmental Science*, 6, 42-57. http://dx.doi.org/10.1207/S1532480XADS0601_05
- Caldwell, H. N., Arnold, D. H., Ortiz, C., Curry, J. C., Stowe, R. M., Goldstein, N. E., Fisher, P. H., Zeljo, A., & Blair, C. (2002). School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57, 111-127. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.2.111>
- Child Trends (2002). Facts at a glance. Washington DC: Child Trends.
- Coolahan, K., Fantuzzo, J., Mendez, J., & McDermott, P. (2000). Preschool peer interactions and readiness to learn: Relationships between classroom peer play and learning behaviors and conduct. *Journal of Educational Psychology*, 92, 458-465. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.92.3.458>
- Connell, C. M., & Prinz, R. J. (2002). The impact of childcare and parent-child interactions on school readiness and social skills development for low income African American children. *Journal of School Psychology*, 40, 177-193. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4405\(02\)00090-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4405(02)00090-0)
- Denham, S. A. (2006). Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it? *Early Education and Development, Special Issue: Measurement of school Readiness*, 17, 57-89.
- Dockett, S., & Perry, B. (2003). Children starting school: What should children, parents and school teachers do? *Australian Research in Early Childhood Education*, 10, 1-12.
- Eisenberg, N., & Mussen, P. H. (1989). *The roots of prosocial behavior in children*. New York: Wiley. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511571121>
- Emde, R. N. (1998). Early emotional development: New modes of thinking for research and intervention. In J. G. Warhol (Ed.), *New perspectives in early emotional development* (pp. 29-45). Johnson & Johnson Pediatric Institute.
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H., et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.466>
- Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 458-489. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.102.3.458>
- Howes, C., Hamilton, C. E., & Philipsen, L. C. (1998). Stability and continuity of caregiver and child-peer relationships. *Child Development*, 69, 418-426.
- Howes, C., Burchinal, M., Pianta, R., Bryant, D., Early, D., Clifford, R., & Barbarin, O. (2008). Ready to learn? Children's preacademic achievement in prekindergarten programs. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 27-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2007.05.002>
- Konold, T. R., & Pianta, R. C. (2005). Empirically-derived, per son-oriented patterns of school readiness in typically-developing children: Description and prediction to first grade achievement. *Applied Developmental Science*, 9, 174-187. http://dx.doi.org/10.1207/s1532480xads0904_1
- La Paro, K. M., & Pianta, R. C. (2000). Predicting children's competence in the early school years: A meta-analytic review. *Review of Educational Research*, 70, 443-484. <http://dx.doi.org/10.3102/00346543070004443>
- Ladd, G. W., Kochenderfer, B. J., & Coleman, C. C. (1997). Classroom peer acceptance, friendship, and victimization: Distinct relational systems that contribute uniquely to children's school adjustment? *Child Development*, 68, 1181-1197. <http://dx.doi.org/10.2307/1132300>
- LeBuffe, P. A., & Naglieri, J. A. (1998). *The Devereux Early Childhood Assessment (DECA)*. Villanova, PA: Devereux Foundation.
- McClelland, M. M., Morrison, F. J., & Holmes, D. L. (2000). Children at risk for early academic problems: The role of learning related social skills. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 307-329. [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-2006\(00\)00069-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-2006(00)00069-7)
- Normandeau, S., & Guay, F. (1998). Preschool behavior and first grade school achievement: The meditational role of cognitive self-control. *Journal of Educational Psychology*, 90, 111-121. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.90.1.111>
- O'Neil, R., Welsh, M., Parke, R. D., Wang, S., & Strand, C. (1997). A longitudinal assessment of the academic correlates of early peer acceptance and rejection. *Journal of clinical child psychology*, 26, 290-303. http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2603_8
- O'Connor, E., & McCartney, K. (2007). Examining teacher-child relationships and achievement as part of an ecological model of development. *American Educational Research Journal*, 44, 340-369. <http://dx.doi.org/10.3102/0002831207302172>
- Pianta, R. C., & Harbers, K. L. (1996). Observing mother and child behavior in a problem solving situation at school entry: Relations with academic achievement. *Journal of School Psychology*, 34, 307-322. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-4405\(96\)00017-9](http://dx.doi.org/10.1016/0022-4405(96)00017-9)
- Raver, C. C., & Zigler, E. F. (1997). Social competence: An untapped dimension of Head Start's success. *Early Childhood Research Quarterly*. In Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 3, pp. 363-385). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Raver, C. (2002). Emotions matter: Making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 16, 1-20.
- Rimm-Kaufman, Sara, E., La Paro, Karen, M., Downer, Jason, T., & Pianta, Robert, C. (2005). The contribution of classroom setting and quality of instruction to children's behavior in kindergarten classrooms. *The Elementary School Journal*, 105, 377-394. <http://dx.doi.org/10.1086/429948>
- Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication and understanding. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., pp. 237-309). New York: Wiley.
- Slaughter-Defoe, D. T., & Rubin, H. H. (2001). A longitudinal case study of Head Start eligible children: Implications for urban education. *Educational Psychologist*, 36, 31-44. http://dx.doi.org/10.1207/S15326985EP3601_4
- Schweinhart, L. J., & Weikart, D. P. (1997). The high/scope preschool

- curriculum comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 117-143.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0885-2006\(97\)90009-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-2006(97)90009-0)
- Smith, M., & Walden, T. (2001). An exploration of African American preschool-aged children's behavioral regulation in emotionally arousing situations. *Child Study Journal*, 31, 13-43.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527661>
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (eds.) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Committee on integrating the Science of Early Childhood Development, National Research Council and Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.
- Tennant, R., Goens, C., Barlow, J., Day, C., & Stewart-Brown, S. (2007). A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health*, 6, 25-32.
<http://dx.doi.org/10.1108/17465729200700005>
- Turner, L. A., & Johnson, B. (2003). A model of mastery motivation for at-risk preschoolers. *Journal of Educational Psychology*, 95, 495-505. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.95.3.495>
- Thompson, R. A. (1998). Emotional competence and the development of self. *Psychological Inquiry*, 9, 308-309
http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0904_14
- Thompson, R. A. (2002). The roots of school readiness in social and emotional development. *Set for success: Building a strong foundation for school readiness based on the social-emotional development of young children*. 1(1), pp. 8-29. Kansas City, MO: The Ewing Marion Kauffman Foundation.
- Wentzel, K. R., & Asher, S. R. (1995). The academic lives of neglected, rejected, popular, and controversial children. *Child Development*, 66, 754-763. <http://dx.doi.org/10.2307/1131948>
- Zins, J., Bloodworth, M., Weissberg, R., & Walberg, H. (2004). The scientific base linking social and emotional learning to school success. In J. Zins, R. Weissberg, M. Wang, & H. J. Walberg (Eds.), *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* (pp. 1-22). New York: Teachers Press, Columbia University.

Prevalence of Behavioural and Emotional Problems among Two to Five Years Old Kosovar Preschool Children—Parent's Report

Merita Shala¹, Milika Dhamo²

¹Faculty of Social Sciences, European University of Tirana, Tirana, Albania

²Psychology Department, Faculty of Social Sciences, University of Tirana, Tirana, Albania

Email: merishala@gmail.com

Received October 1st, 2013; revised November 3rd, 2013; accepted November 28th, 2013

Copyright © 2013 Merita Shala, Milika Dhamo. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. In accordance of the Creative Commons Attribution License all Copyrights © 2013 are reserved for SCIRP and the owner of the intellectual property Merita Shala, Milika Dhamo. All Copyright © 2013 are guarded by law and by SCIRP as a guardian.

Preschool age is characterized by a rapid development in all aspects of child development. During this development, the introduction of emotional and behavioral disorders can happen to any child. Preschool children have been a neglected population in the study of psychopathology. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), which includes the Child Behavior Checklist/1.5 - 5 (CBCL/1.5 - 5), constitutes the few available measures to assess preschoolers with an empirically derived taxonomy of preschool psychopathology. The study was based on an age- and gender-stratified sample of 755 children aged 1.5 - 5 years from five municipalities of Kosovo. The CBCL/1.5 - 5 form was voluntarily completed by the parents of 426 or 56.4% boys and 329 or 43.6% girls. There were 639 or 84% mothers and 116 or 15.4% fathers. The prevalence of total problems was estimated as 2.9%, the prevalence of externalizing behavior problems was 2.5%, while the prevalence of internalizing behavior problems was 3.8%. These results are low compared to other international studies. The results revealed that there are not significant differences in mean scores among boys and girls on total problems, internalizing and externalizing. Regarding the age, there are statistical differences within the decreasing of age among the three broad-bands syndromes. Such findings highlight the way in which preschool behavior problems may vary within specific cultural settings and underscore the need for in-depth research to explore the contexts.

Keywords: CBCL; Preschool Children; Behavior Problems; Internalizing; Externalizing

Introduction

Social-emotional development captures a broad swath of specific outcomes, ranging from the ability to identify and understand one's own and others' feelings, establish and sustain relationships with both peers and adults, and regulate one's behavior, emotions, and thoughts (National Scientific Council on the Developing Child, 2005). In the literature, children's behavioural and socio-emotional adjustment is generally indicated by the extent of their manifestation of behaviour problems (Campbell, 1995; Dearing, McCartney, & Taylor, 2006). Behaviour problems have often been conceptualized along two broad spectrums: internalizing problems which are expressed in intrapersonal manifestation, such as anxiety, depression and withdrawal; and externalising problems which are demonstrated in interpersonal manifestation, such as hyperactivity and aggression (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2000; Dearing et al., 2006). It has been reported that approximately 5% to 14% of kindergarten children in the general population exhibit moderate-to-severe behavioural problems (Lavigne et al., 1996; Luk et al., 1991) while Campbell (1995), states that approximately 10% - 15% of preschool children are mild to moderate behavior problems. In a comprehensive review of studies about the prevalence of psychiatric disorders, Roberts et al. (1998) reported prevalence rates of preschool children between 3.6% and

24% with a mean of 10.2%.

The literature is more inconsistent about gender differences during the preschool period (Campbell, 1995). The literature suggests that boys and girls often manifest different health, mental health, social, and behavior problems (Baillargeon et al., 2007; Maschi et al., 2008). Some studies have shown that girls are much more likely to cope with stress using internalizing behaviors (e.g., anxiety and depression) while boys are more likely to use externalizing behaviors (e.g., anger or aggression) (Hoffman & Su 1997; Moffitt et al., 2001). Furthermore, other research has reported a significant correlation between internalizing and externalizing problems (e.g. Achenbach & Rescorla, 2000; Mesman, Bongers, & Koot, 2001). Achenbach and Rescorla (2000) found a positive correlation between internalizing and externalizing scores among a national US sample, suggesting that children tend to score similarly in both areas of problems.

Another body of research has revealed gender differences in behaviour problems, especially in externalizing behaviour. For instance, it has been reported that boys tend to manifest externalizing problems more than girls (Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 1993). Keenan and Shaw (1997, 2003) argued that gender differences in externalizing behavior are not apparent until toddlerhood and become more pronounced in preschool.

Although gender differences in externalizing problems are well documented (see Maccoby, 1998), relatively little is known about these behaviors in girls (Hinshaw, 2002). In the toddler and preschool years, sex differences are not as marked as in older children. Boys' higher rates of disruptive behavior seem to emerge during the later preschool period, with studies documenting absence of sex differences from age 1 to 3 (Achenbach, 1992; Keenan & Shaw, 1994), followed by increasing sex differences from age 4 to 5 (Lavigne, Gibbons, Christoffel et al., 1996; Rose, Rose, & Feldman, 1989).

Several studies are available which indicate that early emergent behaviour problems are linked with serious behaviour problems later in life (Duncan, Brooks-Gunn, & Klebanov, 1994; Stormont, 2002). In support of this is the finding that 50% to 75% of kindergarten children with significant behaviour problems continue to have these difficulties up to 7 years later (Marakovitz & Campbell, 1998; Speltz, McClellan, DeKlyen, & Jones, 1999). Other research (Zoccolillo, Tremblay, & Vitaro, 1996) has further revealed that the stability and continuity of these behaviour problems can further negatively affect children's psychological, cognitive and behavioural outcomes, including poor academic competence, delinquency and conduct disorder.

Individual perceptions of what constitutes problem behavior can also vary. This concern is particularly important because most research on childhood behavior problems utilizes parental reports, and parents' perceptions of the appropriateness, severity, and quality of their child's behaviors are influenced by many factors. It is possible that the measurement and assessment of behavior problems could be influenced by cultural factors that vary by ethnicity (Spencer, Fitch, Grogan-Kaylor, & McBeath, 2005).

In fact, an understanding of the developmental origins of later psychopathology can be gained through research into the early signs of social and emotional dysfunction, and considering that most of our children start to attend preschool institutions when they are three years old, we designed the present study to determine prevalence rates of behavioural and emotional problems according to parent's report. Our hypothesis was that there will be differences between the girls and the boys on total problems, internalizing and externalizing.

Methodology

Sample and Procedure

From a total of 755 children, there were 426 boys or 56.4% and 329 girls or 43.6 [(mean age in years = 3.4 (SD 1.0)] from five municipalities (Pristina, Peja, Ferizaj, Mitrovica, Gjiilan), who took part in the study. Children ranged in age from 2 to 5 years old (2 = 183 children; 3 = 221 children; 4 = 233 children; 5 = 118 children). There were 755 participants' parents who voluntarily completed a socio-demographic questionnaire, and rated their child's behavior on the Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL 1.5 - 5). The response participation rate was 75.5%. As expected, 639 or 84% of parents were mothers and 116 or 15.4 % were fathers. Table 1 presents the education level and employment rate for both parents.

Table 1 shows that from 755 mothers, only 3 of them have the elementary level of education, while 752 of them are very well educated. We can say the same thing for the fathers as well, out of 755, 272 of them have secondary school level while 479 of them have university degree.

Table 1.
Education level and employment rates for parents.

	Nr.	%
Education level mother		
Elementary	3	0.4
Secondary school	165	21.9
University degree	587	77.7
Education level father		
Elementary	4	0.5
Secondary school	272	36.0
University degree	479	63.5
Employment situation mother	736	98.1
Employment situation father	752	99.6

Prior to collection of the survey data, we granted the permission for using Kosovar version of CBCL 1.5 - 5. From November 2012 to May 2013 the researcher visited the preschool institutions in five municipalities that were selected from the list provided by Ministry of Education Science and Technology. The researchers met with each preschool director to explain the aim of the study and establish mutual cooperation. Then, the preschool director offered the CBCL to parents of preschool children who attended the preschool institution.

Instruments

The ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) preschool forms are standardized assessment instruments that are user-friendly, cost-effective, and usable by a wide range of professionals in different settings, which can be completed independently by most respondents in about 15 - 20 min. CBCL 1.5 - 5 were designed to provide normed scores on a wide array of behavioral and emotional problem scales in young children (Rescorla, 2005). The CBCL for preschoolers has been used in over 200 published studies and its validity and reliability are well documented (Rescorla, 2005).

Parent ratings were obtained using the CBCL 1.5 - 5 (Achenbach & Rescorla, 2000), which has 99 items rated 0-1-2 (0 = not true (as far as you know); 1 = somewhat or sometimes true; or 2 = very true or often true) plus 1 open-ended problem items. Ratings of CBCL 1.5 - 5 problem items are based on the children's functioning over the preceding 2 months. Parents completed the questionnaires on a voluntary basis at home. They were asked to turn it to the preschool teacher, who collected and sent them to the director.

Six syndromes of co-occurring problems were identified for the CBCL 1.5 - 5 through exploratory and confirmatory factor analysis of item ratings (Achenbach & Rescorla, 2000). Second-order factor analysis of the six syndromes yielded two broad-band groupings: *Internalizing* (comprised of the *Emotionally Reactive*, *Anxious/Depressed*, *Somatic Complaints*, and *Withdrawn* syndromes) and *Externalizing* (comprised of the *Attention Problems* and *Aggressive Behavior* syndromes). The *Total Problems* scale is the sum of the ratings on all problem items.

Data Analyses

T scores and raw scores were assessed using Assessment Data Management (ADM) and all other statistical analyses

were carried out by SPSS version 19 for Windows. Cronbach's alpha (α) coefficient was used as an index of internal consistency for the CBCL. Scales were described by mean and standard deviation (SD). Multivariate analyses were computed by means of the general linear model (GLM).

Results

To compare broadband and syndrome scales all CBCL scores were transformed into T-values. **Table 2** displays the mean scores, standard deviation and the internal consistency for the seven syndrome scales and the three broad band syndromes.

The mean of the CBCL total score of the complete sample was 34.2 (SD = 22.6). As shown in **Table 2**, there is obviously a high level of internal consistency on both scales.

Further on, two main effects, gender and age, had no significant interaction, $F(1) = 2.91, p = .088$. There was no significant correlation between the gender of the children and the CBCL total score ($r_s = -0.03, p = 0.32$), while there was a significant correlation between the age of the children and the CBCL total score ($r_s = 0.13, p = 0.00$). The results for mean scores and standard deviations for three broad-band scales by gender are shown in **Table 3**.

The gender differentiated norms leveled the CBCL total scores of boys (Mean = 33.5, SD = 23.1) and girls (Mean = 35.1, SD = 21.9) and there was no significant difference $t = 0.98, p = 0.325$. It's the same thing for INT scale, were the $t = 1.62, p = 0.106$ and also for the EXT scale were $t = -0.624, p = 0.533$. These results are inconsistent with the hypothesis. The scores of the two broadband scales, for all children, the INT and the EXT scale were significantly correlated: $r = 0.66, p < 0.01$. We can say the same thing also for girls, were the correlation is: $r = 0.64, p < 0.01$ while for the boys the correlation is $r = 0.69, p < 0.01$. For the girls the means of the two broadband scales did not differ significantly: INT = 11.6; EXT = 11.2; $t = 1.077, p = 0.282$. For the boys the mean of EXT (11.5), was significantly higher than the mean of INT (10.6), $t = -3.083, p < 0.002$. On both broadband scales the means of boys and girls did not differ significantly, INT: $M_{boys} = 10.6, M_{girls} = 11.6; t = 1.61, p = 0.106$; EXT: $M_{boys} = 11.5, M_{girls} = 11.2; t = -0.624, p = 0.533$.

The results obtained through analysis of variance indicated significant main effects for age. As shown in the **Table 4**, older children had a higher mean Total Problems score than younger children, $F(1) = 5.3, p < 0.001, \eta^2 = 0.02$. The ANOVA for internalizing yielded significant main effects for age. Older children had a higher mean internalizing score than younger children $F(1) = 6.3, p < 0.001, \eta^2 = 0.02$. We can say the same thing for the ANOVA results for externalizing, $F(1) = 4.2, p < 0.001, \eta^2 = 0.01$.

The results obtained through analysis of variance [2 (gender) $\times$ 4 (age group)], on seven empirical scores indicated significant main effects for age, the emotional reactive and somatic complaints indicated significant main effects for gender, while sleeping problems indicated significant main effects on both, gender and age. As shown in the **Table 5**, the values presented decrease with increasing age of the children, so the younger children have shown the higher mean than older children for all empirical scores.

For emotionally reactive, $F(1) = 4.2, p < 0.001, \eta^2 = 0.01$, age * gender interaction was found significant: $F(1) = 5.6, p < 0.001, \eta^2 = 0.02$; for anxiety scores, ANOVA indicate the same

Table 2.

The mean scores, standard deviation and the internal consistency for the syndrome scales and the three broad band syndromes.

	Mean (SD)	Cronbach's alpha (α)
Emotional	2.4 (2.5)	0.88
Anxiety/depression	3.5 (2.7)	0.87
Somatic complaint	3.1 (2.5)	0.88
Withdrawn	2.0 (2.4)	0.88
Sleep problems	3.0 (2.4)	0.88
Attention problems	2.3 (1.8)	0.88
Aggressive behavior	9.0 (6.1)	0.86
Internalizing	11.0 (8.6)	0.86
Externalizing	11.4 (7.4)	0.86
Total problems	34.2 (22.6)	0.93

Table 3.

Mean scores and standard deviations for three broad-band scales by gender.

	Gender	N	Mean	SD	Comparison Boys-Girls
Total Problems	F	329	35.1	21.9	0.325
	M	426	33.5	23.1	
	F + M	755	34.2	22.6	
Internalizing	F	329	11.6	8.4	0.106
	M	426	10.6	8.8	
	F + M	755	11.0	8.6	
Externalizing	F	329	11.2	7.6	0.533
	M	426	11.5	7.3	
	F + M	755	11.4	7.4	

Table 4.

Mean scores and standard deviations for three Broad-band scales by age.

		Internalizing Mean (SD)	Externalizing Mean (SD)	Total Problems Mean (SD)
Age	2 years	9.7 (9.2)	11.0 (6.8)	32.2 (21.8)
	3 years	9.8 (6.6)	10.7 (6.5)	30.9 (17.8)
	4 years	12.0 (8.1)	11.3 (7.5)	35.3 (21.5)
	5 years	13.4 (10.9)	13.5 (9.2)	41.1 (31.2)

result: $F(1) = 22.7, p < 0.00, \eta^2 = 0.07$, age * gender interaction was found significant: $F(1) = 3.7, p < 0.01, \eta^2 = 0.01$; for withdrawal: $F(1) = 6.7, p < 0.00, \eta^2 = 0.02$, age * gender interaction was found significant: $F(1) = 12.4, p < 0.00, \eta^2 = 0.05$; for attention problems: $F(1) = 2.9, p < 0.03, \eta^2 = 0.01$, age * gender interaction was found significant: $F(1) = 7.2, p < 0.00, \eta^2 = 0.03$; and for the aggression: $F(1) = 11.5, p < 0.00, \eta^2 = 0.04$, age * gender interaction was found significant: $F(1) = 9.4, p < 0.00, \eta^2 = 0.04$.

The sleeping problems and somatic complains indicated significant main effects for age and gender. Sleeping problems for gender: $F(1) = 32.0, p < 0.00, \eta^2 = 0.04$; and for age: $F(1) = 4.0, p < 0.00, \eta^2 = 0.02$. For Age * gender no interactions were significant.

Somatic complaints for age: $F(1) = 3.2, p < 0.02, \eta^2 = 0.01$.

Girls had a higher mean than boys: $F(1) = 4.8, p < 0.03, \eta^2 = 0.00$. Age * gender interaction was found significant: $F(1) = 6.9, p < 0.00, \eta^2 = 0.03$.

For Internalizing, Externalizing, and Total Problems, we used the clinical range defined as T scores ≥ 64 (about the 90th percentile), the borderline range = T scores from 60 to 63 (84th to 90th percentiles, and the normal range = scores below the 84th percentile ($T < 60$). With this cut-off, 2.9% of children scored in the deviant range. This percentage provided an estimate of the prevalence of emotional and behavioral problems in Kosovar children according to parents' rating. Prevalence rates were 3.8% for Internalizing problems and 2.5% for Externalizing. The results are presented in Table 6 for Internalizing, Externalizing, and Total Problems by gender and age.

Table 6 shows the prevalence rate for scores above the cut-off for deviance on Internalizing, Externalizing, and Total Problems separately by gender and age. For Internalizing, prevalence was higher for girls than boys and for three, four year old children higher than for younger and older children. For Externalizing, prevalence was much higher for boys than girls, and slightly higher for younger children than older children. For Total Problems, prevalence was slightly higher for girls than boys, and there is a big difference for four years old children, while for the other groups the prevalence is comparable.

Discussion

With a very low rate, only 2.9% of the preschool children were in the clinical range on the CBCL 1.5 - 5. In comparison to a previous research with 360 children from the municipality of Pristine (Jeshiti, 2010), using the same measure, this rate is low. Within the previous study (Jeshiti, 2010) the prevalence rate for total problem scores were 7.2% in the clinical range, while in this study 2.9. This can be explained with the fact that our research included 755 children from five different municipalities of Kosovo, all children who already attend a preschool education program, which is expected to have its impact on

Table 5.
Means and standard deviation for seven empirical scales, according to gender and age.

	Gender		Age			
	Girl Mean (SD)	Boys Mean (SD)	2 years Mean (SD)	3 years Mean (SD)	4 years Mean (SD)	5 years Mean (SD)
Emotional	2.5 (2.6)	2.2 (2.4)	1.8 (2.6)	2.2 (2.2)	2.5 (2.2)	3.0 (3.1)
Anxiety/ depression	3.7 (2.8)	3.4 (2.7)	3.3 (3.0)	3.2 (2.3)	3.7 (2.8)	4.1 (2.8)
Somatic complaint	3.4 (2.3)	2.9 (2.7)	2.8 (2.4)	2.9 (1.8)	3.2 (2.4)	3.7 (3.5)
Withdrawn	2.0 (2.4)	2.0 (2.5)	1.7 (2.5)	1.5 (1.9)	2.6 (2.3)	2.5 (2.9)
Sleep problems	3.5 (2.7)	2.6 (2.1)	2.9 (2.6)	2.7 (2.4)	2.9 (1.9)	3.6 (2.9)
Attention problems	2.4 (1.9)	2.4 (1.8)	2.1 (1.7)	2.2 (1.6)	2.4 (1.8)	2.8 (2.4)
Aggressive behavior	8.9 (6.2)	9.2 (5.9)	8.9 (5.7)	8.5 (5.4)	8.8 (6.2)	10.7 (7.1)

Table 6.
Prevalence (%) of scores above the cut-off for Internalizing, Externalizing, and Total Problems by gender and age.

	Internalizing		Externalizing		Total Problems	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Boys	15	3.2	21	4.4	20	4.2
Girls	15	4.6	5	1.5	15	4.6
2 years	8	4.4	6	3.3	8	4.4
3 years	13	5.9	7	3.2	10	4.5
4 years	11	4.7	7	3.0	4	1.7
5 years	5	4.2	3	2.5	5	4.2
Total	29	3.8	19	2.5	22	2.9

child development and behavior. However, the other demographic variables should be considered.

We can say the same thing for the comparison with international studies, with research showing the range from 7% - 25% (Angold & Egger, 2004) and 11.9% of Turkish Children (Erol et al., 2005). The prevalence rate of this study was too far from the range of 10% - 15% reported by Campbell (1995) and from 10.2%, which was the mean prevalence in preschool studies reviewed by Roberts et al. (1998).

Notwithstanding cross-national comparisons of studies, it is of interest in the current study that the mean Total Problems score of 34.2 (SD = 22.6) for 2 - 5 years old Kosovar children was slightly higher than the mean Total problems score for Dutch children, which was 30.5, also for 466 Italian children it was 33.4 (Frigerio et al., 2006), for 374 Finnish children (Sourander, 2001), was 30.4, while for 109 Icelandic children the mean score was 27.5 (Hannesdóttir & Einarsdóttir, 1995) and for 756 Quebec children, it was 32.9 (Larson et al., 1988).

On the other side, our result was lower than in some other studies. Namely, the mean Total Problems score for 169 Spanish children from the general population, was 37.6 (De la Osa, Ezpeleta, & Navarro, 1996), while Erol et al. (2005) obtained a total problems mean score of 39.5 for 638 Turkish children assessed with CBCL 2 - 3.

There was an obvious tendency of increase of internalizing values within the age, which could be explained and may reflect improvements in the capacity to remember and anticipate negative events (Kaslow, Brown, & Mee, 1994). For externalizing problems there was a slight decrease of values, which corresponds with developing language and cognitive abilities that permit the use of emotion regulation strategies other than physical aggression to settle disputes. Regarding the gender differences there was no statistical significance for any of the three broad band syndromes. This was in line with a body of studies (Campbell, 1995; Keiley et al., 2000; Richman et al., 1982), that there are no gender differences in preschool children, and disagreed with some other studies, which reported that boys tend to demonstrate a significantly higher propensity to manifest externalizing problems than girls (Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 1993; Sanson, Oberklaid, Pedlow, & Prior, 1991).

In our context, having into consideration that out of 755, 639 respondents were mothers, and that our mentality encourages boys to be more lively, more active than girls, this result is of interest to further studies. Also from the fact that we used only parent's report, while it has been argued that multi-informant assessment of children may offer a more comprehensive under-

standing of children's problems (Kagan, Snidman, McManis, Woodward, & Hardway, 2002), and that modest to moderate strength of correlations across informants and across settings (Achenbach, Edelbrock, & Howell, 1987; Grietens et al., 2004) may reflect true variations in children's behaviors across different settings and interpersonal relationships (Kerr, Lunkenheimer, & Olson, 2007; Merrell, 1999), we strongly recommend a multi-informant assessment of Kosovar preschool children.

Limitations

Despite the large sample size, restrictions must be made about the generalizability of the findings. The study sample was derived from preschool institutions and there is a very low percentage of preschool attendance in Kosovo. The educational levels of parents and a predominantly middle class bias were specific features of the sample. Also the rate of employment was clearly higher than the national average.

When interpreting the results, it should be taken into account that the child mental health status was assessed by a symptom checklist questionnaire. Given the large number of subjects, the questionnaire approach offers useful information but lacks the specificity and additional depth that structured psychiatric interviews might provide.

Further studies on preschool children behavior problems are strongly recommended in order to understand the continuity and discontinuity of CBCL scores as the children develop.

Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the participants in the study as well as preschool institution directors and teachers. We would also like to express special appreciation to Emina Hyseni for continuous support with translation and proofreading.

REFERENCES

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for child behavior checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Angold, A., & Egger, H. L. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 967-975.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x>
- Baillargeon, R. H., Zoccolillo, M., Keenan, K., Côté, S., Pélus, D., Wu, H. X., Boivin, M., & Tremblay, R. E. (2007). Gender differences in physical aggression: A prospective population-based survey of children before and after 2 years of age. *Developmental Psychology*, 43, 13-26.
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.13>
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x>
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. A. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *Developmental Psychology*, 42, 237-252.
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.237>
- Duncan, G., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. (1994). Economic deprivation and early-childhood development. *Child Development*, 65, 296-318.
<http://dx.doi.org/10.2307/1131385>
- Erol, N., Sinsek, Z., Oner, O., & Munir, K. (2005). Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 81-87.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000145234.18056.82>
- Frigerio, A., Cozzi, P., Pastore, V., Molteni, M., Borgatti, R., & Montrosso, R. (2006). The evaluation of behavioral and emotional problems in a sample of Italian preschoolers using the Child Behavior Checklist and the Caregiver-Teacher Report Form. *Infanzia e Adolescenza*, 5, 24-32.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Assche, V. van, Ghesquière, P., & Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 137-146.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013661.14995.59>
- Hannesdottir, H., & Einarsson, S. (1995). The Icelandic Child Mental Health Study: An epidemiologic study of Icelandic children 2 - 18 years of age using the Child Behavior Checklist as a screening instrument. *European Child Adolescent Psychiatry*, 4, 237-248.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF01980488>
- Hinshaw, S. P. (2002). Process, mechanism, and explanation related to externalizing behavior in developmental psychology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 431-446.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1019808712868>
- Hoffmann, J., & Su, S. (1997). The conditional effects of stress on delinquency and drug use: A strain theory assessment of sex differences. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 34, 46-78.
<http://dx.doi.org/10.1177/0022427897034001004>
- Jetishi, P. (2010). Emotional and behavioral problems in children of preschool age 2 - 5 years. MA Thesis, Pristina: Pristina University.
- Kaslow, N. J., Brown, R. T., & Mee, L. L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression: A developmental perspective. In W. M. Reynolds, & H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 97-121). New York: Plenum Press.
http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-1510-8_6
- Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., Woodward, S., & Hardway, C. (2002). One measure, one meaning: Multiple measures, clearer meaning. *Development and Psychopathology*, 14, 463-475.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579402003048>
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 161-179.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1005122814723>
- Keenan, K., & Shaw, D. (1994). The development of aggression in toddlers: A study of low income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 53-78.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02169256>
- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.95>
- Kerr, D. C. R., Lunkenheimer, E. S., & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 967-975.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01776.x>
- Keenan, K., & Shaw, D. S. (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. In B. J. Lahey, T. E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency* (pp. 153-181). New York: Guilford.
- Larson, C. P., Pless, I. B., & Miettinen, O. (1988). Pre-school behavior disorders: their prevalence in relation to determinants. *The Journal of Pediatrics*, 113, 278-285.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(88\)80265-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(88)80265-8)
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, D., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders amongst preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199602000-00014>

- Luk, S. L., Leung, P., Bacon-Shone, J., & Leih-Mak, F. (1991). The structure and prevalence of behavioral problems in Hong Kong preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 219-232. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00909979>
- Maccoby, E. E. (1998). *The two sexes: Grow-wing up apart, coming together*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marakovitz, S. E., & Campbell, S. B. (1998). Inattention, impulsivity, and hyperactivity from preschool to school age: Performance of hard-to-manage boys on laboratory measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 841-851. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00385>
- Merrell, K. W. (1999). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Mesman, J., Bongers, I., & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 679-689. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00763>
- National Scientific Council on the Developing Child (2005). Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working Paper #2. <http://www.developingchild.net>
- Osa, N. de la, Ezpeleta, L., & Navarro, J. B. (1996). Adaptación y baremos del Child Behavior Checklist (CBCL/2-3) para preescolares espaoles: Resultados preliminares. *Ciencia Psicológica*, 4, 19-31.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (1993). Sex differences in psychological adjustment from infancy to eight years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 291-304. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199303000-00009>
- Richman, N., Stevenson, J., & Graham, P. (1982) *Preschool to school: A behavioural study*. London: Academic Press
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715-725.
- Rose, S. L., Rose, S. A., & Feldman, J. F. (1989). Stability of behavior problems in very young children. *Development and Psychopathology*, 1, 5-19. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400000213>
- Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R., & Prior, M. (1991). Risk indicators: Assessment of infancy predictors of pre-school behavioural maladjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 32, 609-626. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00338.x>
- Speltz, M. L., McClellan, J., DeKlyen, M., & Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 838-845. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199907000-00013>
- Spencer, M. S., Fitch, D., Grogan-Kaylor, A., & McBeath, B. (2005). The equivalence of the Behavior Problem Index across U.S. ethnic groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 573-589. <http://dx.doi.org/10.1177/00220222105278543>
- Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39, 127-138. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.10025>
- Sourander, A. (2001). Emotional and behavioral problems in a sample of Finnish three-year-olds. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 98-104. <http://dx.doi.org/10.1007/s007870170032>
- Zoccolillo, M., Tremblay, R., & Vitaro, F. (1996). DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: Specific but insensitive. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 461-470. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199604000-00012>

Differences in Behaviour Problems among Preschool Children: Implications for Parents

Merita Shala

Kolegji 'Fama', Prishtinë, Kosovë.
merishala@gmail.com

Doi:10.5901/jesr.2013.v3n7p716

Abstract

Social and emotional development in young children has to do with how young children feel about themselves, how they behave and how they relate to others, specially people who matter to them, for example, parents, teachers, and friends. Behaviour problems have often been conceptualised along two broad spectrums: internalising problems which are expressed in intrapersonal manifestation, such as anxiety, depression and withdrawal; and externalising problems which are demonstrated in interpersonal manifestation, such as hyperactivity and aggression. Considering the long-term effects of behavior problems on children's later academic performance, it can be conjectured that disparities in children achievement may be rooted in developmental characteristics in early childhood. This study investigated the variability in behavior problems among preschool children. There were 220 participants, parents and preschool teachers, who voluntarily completed a socio-demographic questionnaire, and rated the child's behavior on the Achenbach Child Behavior Checklist (2-5 years). Children were from five municipalities of Kosovo. The children consisted of 120 boys and 100 girls (mean age in months = 48.56). It was found that parents perceived boys to exhibit higher rates of externalising problems than girls. Results revealed significant differences in parents' and teachers' responses to behaviour problems among preschoolers. The present findings provide important information for consistent early intervention parenting programs.

Keywords: externalizing problems; internalizing problems; gender differences; behavior problems.

1. Introduction

Preschool age is characterized by a rapid development in all aspects of development. During this development, the presence of emotional and behavioral problems can happen to any child, although it must be said that it is not always easy to define the emotional or behavioral problems. But, at the same time, it is indisputable fact that due to the importance for the overall development of children, the study of psychopathological problems of preschool children has increased significantly both in terms of research and in terms of clinical treatment (Carter, 2010).

The belief that some types of problems as problems at school, serious health and behavioural problems in adolescence, including depression, suicidal ideation, anxiety, and delinquency (Campbell, 1995) may be occasional and transitory, is not supported (Campbell, 1995; Richman & Stevenson, 1982). There are a lot of studies which indicate that early emergent behaviour problems are linked with serious behaviour problems later in life (Duncan, Brooks-Gunn, & Klebanov, 1994; Stormont, 2002).

There is almost an agreement among researchers on a classification of behavior problems: in internalizing behavior problems, defined as an overcontrol of emotion, which are expressed in intrapersonal manifestation, such as anxiety, depression and withdrawal (McCulloch, Wiggins, Joshi, & Sachdev, 2000) and externalizing problems, defined as an undercontrol of emotions, which are demonstrated in interpersonal manifestation, such as hyperactivity and aggression (e.g. Achenbach, 1991; McCulloch, Wiggins, Joshi & Sachdev, 2000; Achenbach & Rescorla, 2000).

Early detection of warning psychopathological signs that may have a negative impact on the overall development of little children and their mental health is considered a necessity for the overall identification of approaches to children which support that development. Conceptually, this is consistent with the developmental and psychobiological frameworks suggesting that the origin and subsequently the psychopathologies may be identified in behavioural and emotional characteristics that are present in the child's first years of life (Carter et al, 1999; DelCarmen-Wiggins and Carter, 2001; Lieberman, 1993; Mesman dhe Koot, 2001; Shaw et al, 2001; Zeanah, 2000). At the same time, the identification of signs of emotional distress is also necessary for planning and assessing models of early intervention. Addressing the characteristics of the normal development of children, mental health needs in the pre-school age, which requires parents' awareness on the importance of their children's mental health, is none the less essential (Salysers, 2001).

Parents and teachers are important sources of identification of children's behaviour problems (Touliatos & Lindholm, 1981) and many studies have suggested that information should be obtained from multiple informants (Kaiser & Hancock, 2004). However, little research has examined the prevalence of behaviour problems using joint parent and teacher reports. Studies have shown that the persistence of behaviour problems over time is higher for children who display problems in multiple settings compared to children who display these problems in one setting only (Miller, Koplewicz, & Klein, 1997). From this perspective, findings of this study provide support for early intervention to prevent these behaviour problems from becoming pervasive and intractable.

2. Methods

2.1 Study design

This is an evaluation study with quantitative approach. Prior to the collection of the survey data, we were granted the permission for using Kosovar version of CBCL 1½-5 and C-TRF 1½-5. From January to March 2013 the researcher visited 5 preschool institutions in five municipalities that were selected from the list provided by Ministry of Education, Science, and Technology. The researcher met with the each preschool director to explain the aim of the study and establish the mutual cooperation.

2.2 Participants

There were 120 boys and 100 girls (mean age in months = 48.56) from five municipalities (Pristine, Peja, Ferizaj, Mitrovice, Gijlan), who took part in the study. Children ranged in age from 25 to 60 months old. There were almost an equal distribution of children from each gender and each age group. 220 participants' parents and preschool teachers voluntarily completed a socio-demographic questionnaire, and rated the child's behavior on the Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5 and C-TRF 1½-5 years). The response participation rate was 89%. As expected, all the responders (100%) to the sociodemographic questionnaire and C-TRF/2-5, were female and almost all of the responders to the sociodemographic questionnaire and CBCL/2-5 (91 %) the CBCL were mothers.

2.3 Instruments

The ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) preschool forms are standardized assessment instruments that are user-friendly, cost-effective, and usable by a wide range of professionals in different settings, which can be completed independently by most respondents in about 15-20 min. CBCL1½-5 5 and the C-TRF 1½-5 were designed to provide normed scores on a wide array of behavioral and emotional problem scales in young children (Rescorla, 2005). The CBCL and C-TRF for preschoolers has been used in over 200 published studies and its validity and reliability are well documented (Rescorla, 2005).

To obtain ratings from preschool teachers who observe children ages 1½-5 in preschools settings, we used the C-TRF (Achenbach & Rescorla, 2000). The C-TRF has 99 specific problem items, all of which are rated 0 = *not true (as far as you know)*; 1 = *somewhat or sometimes true*; or 2 = *very true or often true*, plus 1 open-ended problem items. Ratings of C-TRF problem items are based on the children's functioning over the preceding 2 months. Preschool teachers completed the questionnaires on a voluntary basis at preschool institutions and then all questionnaires were collected by preschool directors.

For cross-informant analyses, parent ratings were obtained using the CBCL1½-5 (Achenbach & Rescorla, 2000), which also has 99 items rated 0-1-2 (0 = *not true (as far as you know)*; 1 = *somewhat or sometimes true*; or 2 = *very true or often true*) plus 1 open-ended problem items. Ratings of CBCL 1½-5 problem items are based on the children's functioning over the preceding 2 months. Parents completed the questionnaires on a voluntary basis at home. They were asked to return the questionnaires to the preschool teacher, who collected and sent them to the director.

The CBCL 1½-5 and the C-TRF have 82 similar problem items, plus 17 items that are specific to home versus preschool contexts, and an open-ended item for adding other problems that are not listed on the forms.

Six syndromes of co-occurring problems were identified for the CBCL 1½-5 and C-TRF through exploratory and confirmatory factor analysis of item ratings (Achenbach & Rescorla, 2000). Second-order factor analyses of the six syndromes yielded two broad-band groupings: *Internalizing* (comprised of the *Emotionally Reactive*, *Anxious/Depressed*, *Somatic Complaints*, and *Withdrawn* syndromes) and *Externalizing* (comprised of the *Attention Problems* and *Aggressive*

Behavior syndromes). The *Total Problems* scale is the sum of the ratings on all problem items.

2.4 Data Analyses

Cronbach's α coefficient was used as an index of internal consistency for the CBCL and C-TRF. T scores and raw scores were assessed using Assessment Data Management (ADM), and all other statistical analyses were carried out by SPSS version 19 for Windows.

Analysis started with descriptive and *t*-test statistics, as well as correlation analyses. To determine the relationship between child gender and total score problems, a correlation analysis was performed. Child gender was coded as 1 for girls and 2 for boys. The correlation coefficient ($r = -0.40, p < .05$) indicates that child gender was significantly correlated with externalising problems but in the negative direction, suggesting that boys were rated by parents higher than girls in externalising problems. Another correlation analysis was performed to obtain the cross-informant agreement between both checklists and the coefficient ($r = 0.23$) indicates for a relatively low ratings.

3. Results and Discussion

Mean scale scores on the Total Problem Scores, and the Internalising and Externalising Scales for both checklists are presented in Table 1, also showing gender stratified scale scores. Boys obtained a significantly higher mean Total Problem Scores than girls, according to parents. No statistically significant differences were found in any of the investigated gender mean Internalising scale scores. Parents rated boys externalizing problem behaviour higher than girls.

Regarding the *r* value for the cross-informant agreement between both checklists, parent-caregiver/teacher (0.23) it is obvious that we have relatively low ratings, in other words poor agreement on the child's problems. We found almost the same results in other studies (Achenbach et al. 1987; Gross, Rogg, Garvey, and Julian 2004; Crane, Mincic, and Winsler 2011).

Table 1. Gender-stratified scale scores for the Child Behavior Checklist for Ages 1½–5 (CBCL/1½–5) and the Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF).

Checklist CI	Gender	n	Gender Comparison	Cronbach α
Total Problem Scale scores CBCL/2–5	Boys and girls	220	P = 0.42	0.95
	Boys	120		0.92
	Girls	100		0.93
C-TRF	Boys and girls	220	P = 0.04	0.95
	Boys	120		0.95
	Girls	100		0.95
Internalising Scale scores CBCL/2–5	Boys and girls	220	P = 0.53	0.89
	Boys	120		0.90
	Girls	100		0.92
C-TRF	Boys and girls	220	P = 0.09	0.90
	Boys	120		0.91
	Girls	100		0.91
Externalising Scale scores CBCL/2–5	Boys and girls	220	P = 0.42	0.90
	Boys	120		0.89
	Girls	100		0.90
C-TRF	Boys and girls	220	P = 0.03	0.88
	Boys	120		0.90
	Girls	100		0.91

The finding of gender differences in externalising problems are supported by a very large number of studies, demonstrating that boys tend to manifest higher rates of externalising problems than girls (e.g. Offord et al., 1987; Prior et al., 1993; Rose et al., 1989; Sanson et al., 1991).

There are several factors that may affect the development of externalizing behaviors. One of the reasons might be

Girls' faster maturation in regulatory abilities, which may facilitate easier adjustment through developmental transitions. Also, girls are more likely to develop language competence and social skills (e.g. empathic reactions and perspective taking) (Keenan & Shaw, 1997; Stansbury & Zimmerman, 1999; Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, & Chapman, 1992). There is evidence suggesting that in the early years, girls tend to surpass boys in language development. On the other hand different treatment of girls and boys by their parents might be another reason. In fact in our society, overactivity and aggression is considered as being more normative for boys than for girls, expressions of externalizing symptoms are more likely to be accepted and encouraged in boys, which is supported by other studies too (Keenan & Shaw, 1997).

4. Implications for parents

Even if some studies reported that behavior problems emerge around the ages of 3 or 4 and continue throughout childhood (Keenan & Shaw, 1997; Loeber & Hay, 1997), in one recent study, gender differences were found in 17-month-old children with five percent of boys but only one percent of girls in the sample displaying aggressive behaviors (Baillargeon et al., 2007).

There are a lot of researches that identified child, parent, and parent-child relationship factors related to the development of externalizing problems (Campbell et al., 2000). Such problems are influenced by both biological and environmental factors, and as children under 3 years in Kosovo are so dependent on their caregiving environment, there is an emphasis on giving more attention to the factors in the family and the wider caregiving context, such as parenthood quality or care. There are studies that reported that parents' supportive reactions to children's emotions may help the child in differentiating among emotions and that supportive responses to children's emotions also are a supportive breeding ground for emotion regulation (Denham & Kochanoff, 2002; Eisenberg et al., 2001; Fabes, Poulin, Eisenberg, & Madden-Derdich, 2002).

The scientific evidence for the significant developmental impacts of early experiences, caregiving relationships, and environmental threats is incontrovertible (Shonkoff and Phillips, 2000), so considering the critical role that parents play in their child's development and learning, it is all the more essential that in teaching about emotions, parents should draw attention to emotions and validate or clarify the child's emotion, helping the child to express emotions authentically, in a regulated manner, and promote desirable behavioural outcomes in their child.

References

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*.
- Baillargeon, R.H. et al. (2007). Gender differences in physical aggression: A prospective population-based survey of children before and after 2 years of age. *Developmental Psychology*, 43(1), 13-26.
- Carter, A. (2010). The field of toddler/preschool mental health has arrived – on a global scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1181-1182.
- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113–149
- Crane, J., Mincic, M.S., & Winsler, A. (2011). Parent-teacher agreement and reliability on the Devereux Early Childhood Assessment (DECA) in English and Spanish for ethnically diverse children living in poverty. *Early Education and Development*, 22, 520-547.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467–488.
- Duncan, G., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. (1994). Economic Deprivation and Early-Childhood Development. *Child Development*, 65, 296-318.
- Denham, S. A., & Kochanoff, A. T. (2002). Parental contributions to preschoolers' understanding of emotion. *Marriage & Family Review*, 34(3/4), 311–343.
- Del Carmen-Wiggins, R., & Carter, A.S. (2001). Assessment of infant and toddler mental health: Advances and challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 811–819
- Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Reiser, M., Murphy, B., Shepard, S. A., Poulin, R., & Padgett, S. J. (2001). Parental socialization of children's dysregulated expression of emotion and externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 15(2), 183–205.
- Fabes, R. A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). The coping with children's negative emotions scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. *Marriage & Family Review*, 34(3/4),

285–310.

- Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., & Julion, W. (2004). Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in Nursing & Health*, 27, 413-425.
- John Touliatos, Byron W. Lindholm. (1981) Congruence of parents' and teachers' ratings of children's behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 9:3, 347-354
- Hann, D. & Borek, N. (2001), Taking Stock of Risk Factors for Child/Youth Externalising Behaviour Problems. *National Institute of Mental Health*
- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121(1), 95–113.
- Loeber, R & Hay, D. (1997), Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood, *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410
- Mesman, J., Bongers, I.L., & Koot, H.M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 679–689.
- Miller, L. S., Koplewicz, H. S., & Klein, R. G. (1997). Teacher ratings of hyperactivity, inattention, and conduct problems in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 113–119.
- McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E., & Sachdev, D. (2000). Internalizing and externalizing children's behaviour problems in Britain and the U.S.: Relationships to family resources. *Children & Society*, 14, 368-383.
- Prior, M., Smart, M.A., Sanson, A., & Oberklaid, F. (1993). Sex differences in psychological adjustment from infancy to 8 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 291–304
- Rose, S.L., Rose, S.A., & Feldman, J.F. (1989). Stability of behavior problems in very young children. *Development and Psychopathology*, 1, 5–19.
- Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R., & Prior, M. (1991). Risk indicators: Assessment of infancy predictors of pre-school behavioural maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(4), 609–626.
- Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39, 127-138
- Stansbury, K., & Zimmerman, L. K. (1999). Relations among child language skills, maternal socializations of emotion regulation, and child behavior problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 121–142.
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Vondra, J. L., et al (1996) Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavioural problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679 -700.
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.) (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Committee on integrating the Science of Early Childhood Development, ational research Council and Institute of Medicine. *Washington, D.C: National Academy Press*
- Wood, J. J., Cowan, P.A., & Baker, B. L. (2002). Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. *Journal of Genetic Psychology*, 163, 72-88
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, 126 –136.
- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 230 – 236.

Gender Differences in Internalizing Problems among Kosovar Preschool Children –Teachers’ Report

Merita Shala¹, Milika Dhano²

¹Faculty of Social Sciences, European University of Tirana, Albania

²Psychology Department, Faculty of Social Sciences, University of Tirana, Albania

¹Email: merishala@gmail.com

Abstract

The course of internalizing problems has been investigated largely from late childhood onward, although there are a lot of studies that speaks to the existence of early manifesting internalizing problems. Internalizing behavior refers to a similarly broad set of constructs including anxiety and depression, as well as somatic complaints and withdrawn behavior.

This study investigated the variability in age and gender of internalizing behaviour problems among preschool children. Participants were 140 preschool teachers who completed the questionnaire, and rated the 851 children’s behaviour on the Achenbach Child Behaviour Checklist/Caregiver-Teacher Report Form. The children (mean age in years = 3.5 (SD = 1.0)) consisted of 378 or 44.4 girls and 473 or 55.6 boys. This study revealed that there were no significant differences among girls and boys, while younger children were rated by preschool teachers higher than older children in internalizing problems.

Keywords: behaviour problems; child development; internalizing problems; gender differences.

5. Introduction

The children’s behavioural and socio-emotional adjustment or behavioral functioning represents a key developmental outcome and is also an important predictor of maladjustment in later life. Behavior problems affect a substantial number of children. Behaviour problems have often been conceptualized along two broad spectrums, internalizing and externalizing. Children may develop *internalizing* behavior problems such as withdrawn, anxious, inhibited, and depressed behaviors, problems that more centrally affect the child’s internal psychological environment rather than the external world. Other terms for this cluster of behavior problems include “neurotic” and “overcontrolled” (Campbell et al., 2000; Eisenberg et al., 2001), including also social withdrawal, demand for attention, feelings of worthlessness or inferiority, and dependency (Achenbach & Edelbrock, 1978; McCulloch, Wiggins, Joshi, & Sachdev, 2000).

Research consistently links this type of behavior problems to broad issues during middle childhood and scholastic difficulties (Hinshaw, 1992). For example, long-term associations exist between childhood internalizing behavior problems and major depression in adolescence (Reinherz et al., 1993), initiation of illegal substance use in early adolescence (King et al., 2004), and elevated risks of high school dropout (McLeod & Kaiser, 2004).

The literature suggests that boys and girls often manifest different health, mental health, social, and behavior problems (Baillargeon et al. 2007; Eschenbeck et al. 2007). Studies have shown that girls are much more likely to cope with stress using internalizing behaviors (e.g., anxiety and depression), while boys are more likely to use externalizing behaviors (e.g., anger or aggression) (Hoffman and Su 1997; Moffitt et al. 2001). Some theorists assert that both boys and girls similarly experience internalizing problems across early/middle childhood (Keenan & Shaw, 1997; Rudolph, 2002) with prominent gender differences not emerging until adolescence (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, & Slattery, 2000) or preadolescence (Costello et al., 1988; Muris et al., 2000).

According to Sommers, (2000) girls are buffered from adjustment problems across early and middle childhood, whereas boys' problems accumulate over this timeframe. This difference is attributed to girls' relatively greater social strengths (e.g. more empathetic responding) and cognitive strengths (e.g. more developed language skills) in early childhood. Another theory dictates that both boys and girls experience adjustment problems over early/middle childhood, yet girls' problems are restricted to mainly internalizing problems (e.g. Keenan & Shaw, 1997). And another one suggests that boys and girls experience significant problems in the internalizing and externalizing domains throughout childhood that are equally prevalent, and girls' problems "just have been overlooked due to a failure to define and assess adjustment problems that are most salient to females" (Crick & Zahn-Waxler, 2003; Rudolph, 2002).

Various studies refer that although much less studied, internalizing disorders may occur during the first years of life (Luby, Heffelfinger, Mrakotsky and others, 2003), and such disorders are relatively stable in time (Sterba, Prinstein & Cox, 2007). At least two previous studies have compared internalizing trajectories across gender, with sufficient sample sizes, separating out measurement error. Both found that the slopes and intercepts of the internalizing trajectories for boys and girls were similar, yet temperamental and peer covariates of these growth factors varied across gender (Colder et al., 2002).

From studies that explored the epidemiology and stability (using summary score estimates) of internalizing problems, Angold, Egger, Erkanli, and Keeler (2004) reported a 3.5% incidence of internalizing disorders in a community sample of 2-5 year olds, (4.2% among girls; 2.7% among boys) using the first diagnostic assessment of preschool psychopathology (the Preschool Age Psychiatric Assessment; Egger & Angold, 2004). Also, Shala (2013) for the same age sample reported a 3.8% prevalence of internalizing problems (4.4% among girls; 3.2% among boys) according to parent's report, while Jetishi (2010) reported 9.6 % prevalence for boys and 10.7 % for girls 1.5-5 years old.

Regarding the age group, according to Duncan & Magnuson (2009), internalizing behavior problems increase over the course of childhood. Research suggests that anxiety may be relatively constant over time, although it takes different forms at different ages. Depressive behaviors, however, increases over time, and do so more for girls than boys (Bongers et al., 2004). Colder, Mott, and Berman (2002) found that, on average, internalizing symptoms increase from age 4 to 8 years. Specifically, most children are expected to exhibit low and stable internalizing symptoms, in line with Hollenstein, Granic, Stoolmiller, and Snyder (2004).

These rates indicate that internalizing problems in early childhood are already well developed, and merit research attention. This study addressed these research questions:

*Are there gender differences in internalizing problems among preschool children in Kosovo, according to preschool teacher's report?

*Do gender and children's age group predict variations in internalizing problems?

6. Main Body

Methods

Participants

There were 140 preschool teachers who voluntarily completed the questionnaire, and rated the child's behavior on the C-TRF 1½-5 for 851 children. There were 378 girls (mean in years = 3.4, SD=1.1) and 473 boys (mean in years = 3.5, SD=1.0), from two to five years old, who attended a preschool education program. 708 children were in a public institution, while 143 attended a non-public institution. The response participation rate was 85.1%. As expected, all preschool teachers were female.

From September 2012 to June 2013 the researchers visited the preschool institutions in seven municipalities that were selected from the list provided by Ministry of Education, Science, and Technology. The researchers met with each preschool director to explain the aim of the study and establish mutual cooperation. Then, the preschool director offered the C-TRF to preschool teacher. Table 1 summarizes the background characteristics of the children, while the Table 2 the characteristics of preschool teachers.

Table 1. Background characteristics of the children.

			<i>Child's gender</i>			
			Female		Male	
<i>Child's age in years</i>	n	%	n	%	n	%
2 year	201	23.6	107	53.2	94	46.8
3 year	215	25.3	81	37.7	134	62.3
4 year	290	34.1	128	44.1	162	55.9
5 year	145	17.0	62	42.8	83	57.2
Total	851	100	378	44.4	473	55.6

Table 2. Education and experience of preschool teachers.

	<i>Responders</i>		<i>Responders experience</i>			<i>Responders education</i>	
	Preschool teacher	Caregivers	< 5	6 – 15	≥16	Below college	College or more
N	99	41	68	51	21	46	94
%	70.7	29.3	48.5	36.4	15.1	32.9	67.1

C-TRF 1.5-5 Instrument

The ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) preschool forms are standardized assessment instruments that are user-friendly, cost-effective, and usable by a wide range of professionals in different settings, which can be completed independently by most

respondents in about 15-20 min. Preschool teacher ratings were obtained using the C-TRF 1½-5 (Achenbach & Rescorla, 2000), which has 99 items rated 0-1-2 (0=*not true (as far as you know)*; 1=*somewhat or sometimes true*; or 2=*very true or often true*) plus 1 open-ended problem item. Ratings of C-TRF 1½-5 problem items are based on the children's functioning over the preceding 2 months. The Internalizing problems are characterized by four dimensions: (1) emotionally reactive, (2) anxious/depressed, (3) somatic complaints, and (4) withdrawn. The total score for internalizing problems was obtained by adding the individual scores for these four dimensions. Preschool teachers completed the questionnaires on a voluntary basis.

Data Analyses

T scores and raw scores were assessed using Assessment Data Management (ADM) and all other statistical analysis was carried out by SPSS version 19 for Windows. Cronbach's alpha (α) coefficient was used as an index of internal consistency. Internal Scale and four empirical scales were described by mean and standard deviation (*s*). Multivariate analysis was computed by means of the general linear model (GLM).

Results

The mean of the C-TRF internal score of the complete sample was 10.9 (SD = 8.1). Two main effects, gender and age, had a significant interaction, $F(1) = 3.5$, $P = 0.01$. There was no significant correlation between the gender of the children and the internal score ($r_s = -0.03$, $P=0.3$), suggesting that preschool teacher rated almost similarly girls and boys in internalizing problems. Regarding the age, there was a significant correlation within the internal score ($r_s = -0.18$, $P = 0.00$). The correlation coefficient indicates that child gender was significantly (albeit weakly) correlated with internalizing problems, but in the negative direction, suggesting that younger children were rated by preschool teachers higher than older children in internalizing problems.

Table 3: Mean scores, standard deviations, and prevalence (%) for Internalizing scale by gender and age.

		Gender		Age			
		Female	Male	2 years	3 years	4 years	5 years
Internalizing	Mean	11.4	10.6	12.0	12.3	10.7	7.5
	SD	8.5	7.8	8.9	8.5	7.5	6.6
	Prevalence	5.6%	3.2%	7.0%	4.7%	3.1%	4.1%

The results obtained through analysis of variance indicated no significant main effects for gender within internalizing, but there is significance for age and age*gender. As shown in the table above, there is a small difference between girls and boys: $F(1) = 1.1$, $P < 0.29$, $\eta^2 = 0.001$. The ANOVA yielded significant main effects for age. Older children had a lower mean internalizing score than younger children $F(1) = 12.1$, $P < 0.00$, $\eta^2 = 0.04$. For age*gender: $F(1) = 3.1$, $P < 0.03$, $\eta^2 = 0.01$. We used the t-test for independent samples, to see the differences between age groups. The two years old children had no differences from three years old children ($t=-0.34$; $P < 0.73$), while there were significant differences between three and four years children ($t=2.24$; $P < 0.02$), also between four and five years old children ($t=4.38$; $P < 0.00$).

Table 4: Means and standard deviation for empirical scales (Internalizing), by gender and age.

	Gender		Age			
	Girl	Boys	2 years	3 years	4 years	5 years
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Emotional reactive	2.2 (2.2)	2.1 (2.1)	2.2 (2.3)	2.5 (2.4)	2.0 (1.8)	1.7 (1.9)
Anxiety/ depression	3.5 (2.8)	3.5 (2.6)	4.2 (2.6)	3.9 (2.7)	3.4 (2.7)	2.0 (2.1)
Somatic complaint	2.4 (1.8)	1.9 (1.6)	2.2 (1.8)	2.4 (1.8)	2.1 (1.6)	1.7 (1.6)
Withdrawn	3.2 (3.3)	3.2 (3.2)	3.5 (3.7)	3.5 (3.1)	3.2 (3.2)	2.1 (2.5)

Table 5. ANOVA results for INTERNAL and four empirical scales reported by preschool teachers.

Empirical scales	Gender	Age	Gender x Age
Emotional reactive	NS	F(1)=4.2, p=0.006 $\eta^2=0.01$	NS
Anxiety/depression	NS	F(1)=22.7, p=0.00 $\eta^2=0.07$	F(1)=3.9, p=0.008 $\eta^2=0.01$
Somatic complaint	F(1)=21.4, p=0.00 $\eta^2=0.02$	F(1)=6.2, p=0.00 $\eta^2=0.02$	NS
Withdrawn	NS	F(1)=6.7, p=0.00 $\eta^2=0.02$	F(1)=3.9, p=0.009 $\eta^2=0.01$
INTERNAL	NS	F(1)=12.1, p=0.00 $\eta^2=0.04$	F(1)=3.1, p=0.03 $\eta^2=0.01$

NS = non significant

In the above table, the results obtained through analysis of variance [2 (gender) x 4 (age group)], on four empirical scores indicated significant main effects for age for all syndromes, while only somatic complaints indicated significant main effects for gender. The Anxiety and Withdrawn indicated significant main effects on both, gender and age. As shown in the table 3, the values presented decrease with increasing age of the children, so the younger children have shown the higher mean than older children for all empirical scores.

Discussion

Different studies confirmed that even young children can have clinically concerning symptoms along the internalizing dimension (Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Egger & Angold, 2006). Significant internalizing problems are less commonly identified in young children, but increase across the childhood years (Gilliom & Shaw, 2004). Nevertheless, less attention has been paid to the early manifestations of internalizing problems, and children suffering from internalizing problems are often underidentified because their symptoms tend to be subtler and less disruptive (Warren, 2004).

In our context, children spent the most of day time in a preschool setting, almost 8-9 hour, and considering that teachers and primary caregivers may provide valuable indices of child problems, because they observe behaviors outside of the home setting, witness children in situations that provoke strong reactions, and develop norms regarding child development due to their exposure to multiple children (Saudino, Ronald, & Plomin, 2005), we used their report in assessment of

internal problems. Our results integrated several contradictory findings from prior variable-oriented studies. Although our children did show decreasing symptoms from early to middle childhood (in support of Gazelle & Ladd, 2003, but contradictory to Duncan & Magnuson, 2009; Gilliom & Shaw, 2004), also no significant differences between girls and boys were found (in support of Keenan & Shaw, 1997; Rudolph, 2002; Bosquet & Egeland, 2006), there were interesting results for the prevalence rates of internalizing problems in total and for both genders. Within a 5.1 % prevalence in total (5.6 % for girls and 3.2% for boys), these values are low in comparison to 9.6 % prevalence for boys and 10.7 % for girls from the previous research (Jetishi, 2010).

On the other hand, the results are in line with Shala's (2013) research, which reported a 3.8% prevalence of internalizing problems (4.4% among girls; 3.2% among boys). We have to mention that both previous researches used the parent's report for internalizing problems. Regarding the international research, our findings are in line with Angold, et al., (2004) who presented a 3.5% incidence of internalizing disorders in a community sample of 2-5 year olds, (4.2% among girls; 2.7% among boys), but in contradiction with Kuschel (2012) who presented a 12.8 % of prevalence for children 3-6 years old, according to the caregivers.

Therefore, this result was unexpected and might be important in understanding mental health in the preschool years. The use of the C-TRF ASEBA preschool forms (Achenbach & Rescorla, 2000) is a particular strength of the study, as the C-TRF is a well-established measure of mental health morbidity. Also the number of children included in the study can be considered as strength.

Nevertheless, caregivers and preschool teachers working with children of this age need to be attentive to opportunities for early detection and intervention regarding preschoolers' emotional and behavioural problems, particularly since efficacious prevention and treatment exists for the psychopathology of young children (e.g. Weisz et al., 2005).

Limitations

Despite the large sample size, restrictions must be made about the generalizability of the findings. The study sample was derived from preschool institutions and there is a very low percentage of preschool attendance in Kosovo. When interpreting the results, it should be taken into account that the child mental health status was assessed by a symptom checklist questionnaire. Given the large number of subjects, the questionnaire approach offers useful information but lacks the specificity and additional depth that structured psychiatric interviews might provide. Further studies on preschool children behavior problems are strongly recommended in order to understand the continuity and discontinuity of CBCL scores as the children develop.

Acknowledgments

The author gratefully acknowledges the preschool institution directors and preschool teachers.

References

- [1] Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 2000, 12, 467–488.
- [2] Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL, Fabes RA, Shepard SA, Reiser M, et al. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*. 2001; 72:1112–1134.
- [3] Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 1978, 85, 1275-1301
- [4] McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E., & Sachdev, D. Internalizing and externalizing children's behaviour problems in Britain and the U.S.: Relationships to family resources. *Children & Society*, 2000, 14, 368-383.
- [5] Hinshaw, S. P. Externalizing behavior problems and academic underachievement in Childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 1992, 111, 127-155.
- [6] Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B., Silverman, A. B., Frost, A. K., & Lefkowitz, E. S.
- [7] Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 1155-1163.
- [8] King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 2004, 99, 1548-1559.
- [9] McLeod, J. D., & Kaiser, K. Childhood emotional and behavioral problems in educational attainment. *American Sociological Review*, 2004, 69, 636-658.
- [10] Baillargeon, R.H. Zoccolillo M, Keenan K, Côté S, Pêrusse D, Wu HX, Boivin M, Tremblay RE.
- [11] Gender differences in physical aggression: A prospective population-based survey of children before and after 2 years of age. *Developmental Psychology*, 2007, 43(1), 13-26
- [12] Eschenbeck, H., Kohlman, C. W., & Lohaus, A. Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 2007, 28 (1), 18–26.
- [13] Hoffman, J. P., & Su, S. S. The conditional effects of stress on delinquency and drug use: a strain theory assessment of sex differences. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1997, 34, 46– 78.
- [14] Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. Sex differences in antisocial behaviour: conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study. *New York: Cambridge University Press*. 2001
- [15] Keenan, K., & Shaw, D. Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 1997, 121(1), 95-113.
- [16] Rudolph, K. Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 30, 3–13.
- [17] Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slaterry, M. Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 2000, 12, 443– 466
- [18] Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., Burns, B.J., Dulcan, M.K., Brent, D., & Janiszewski,
- [19] S. Psychiatric disorders in pediatric primary care: Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45, 1107–1116

- [20] Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulart, V. Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2000, 29, 43–52.
- [21] Sommers, C. H. *The war against boys: How misguided feminism is hurting our young men*. New York: Simon & Schuster. 2000
- [22] Crick, N. R. & Zahn-Waxler, C. The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 2003, 15, 719-742.
- [23] Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., & Wallis, J. M.
- [24] The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2003, 42, 340–348.
- [25] Sterba, S.K., Prinstein, M.J., Cox, M.J. Trajectories of internalizing problems across childhood:
- [26] Heterogeneity, external validity, and gender differences. *Development and Psychopathology*, 2007, 19, 345-366.
- [27] Colder, C., Mott, J., & Berman, A. The interactive effects of infant activity level and fear on growth trajectories of early childhood behavior problems. *Development and Psychopathology*, 2002, 4, 1–23.
- [28] Angold, A., Egger, H., Erkanli, A., & Keeler, G. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in preschoolers attending a large pediatric service. Manuscript submitted for publication. *Archives of General Psychiatry*, 2004
- [29] Angold, A., & Egger, H.L. *Psychiatric diagnosis in preschool children*. In R. DelCarmen-
- [30] Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 123–139). 2004. New York: Oxford University Press.
- [31] Shala, M. Prevalence of Behavioural and Emotional Problems among two to five years-old
- [32] Kosovar Preschool Children- Parent's Report. 2013. *Manuscript submitted for publication*.
- [33] Jetishi, P. *Emotional and behavioral problems in children of preschool age 2-5 years*. MA
- [34] Thesis, Pristina, Pristina University. 2010.
- [35] Duncan, G.J & Magnuson K. The Nature and Impact of Early Achievement Skills, Attention and Behavior Problems. Paper presented at the conference “*Rethinking the Role of Neighborhoods and Families on Schools and School Outcomes for American Children*. 2009.
- [36] Bongers, I. L., Hans, M. K., Van Der Ende, J., & Verhulst, F. C. Developmental trajectories of
- [37] externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child development*, 2004, 75(5), 1523-1537.
- [38] Hollenstein, T., Granic, I., Stoolmiller, M., & Snyder, J. Rigidity in parent-child interactions and the development of externalizing and internalizing behavior in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2004, 32, 595-607.
- [39] Carter, A.S., Briggs-Gowan, M.J., & Davis, N.O. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2004, 45, 109–134.
- [40] Egger, H. L. and Angold, A. Common emotional and behavioural disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 47(3/4): 313–337
- [41] Gilliom, M. and Shaw, D. S. Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 2004, 16: 313–333

- [42] Saudino, K. J., Ronald, A., & Plomin, R. The etiology of behavior problems in 7-year-old twins: Substantial genetic influence and negligible shared environmental influence for parent ratings and ratings by same and different teachers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2005, **33**, 113-130.
- [43] Gazelle, H., & Ladd, G. W. Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 2003, **74**, 257–278.
- [44] Rudolph KD. Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during
- [45] adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2002; **30**:3–13
- [46] Bosquet M, Egeland B. The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and psychopathology*.2006, **18**:517-550
- [47] Kuschel A. The Epidemiology of Child Psychopathology: Basic Principles and Research Data, Epidemiology Insights, Dr. Maria De Lourdes Ribeiro De Souza Da Cunha (Ed.), ISBN: 978-953-51-0565-7, InTech, Available from:
<http://www.intechopen.com/books/epidemiology-insights/the-epidemiology-of-childpsychopathology-basic-principles-and-research-data>. 2012
- [48] Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 2005, **60**(6), 628-648