

**дефектолошка стручно-научна
проблематика**

Г. АЈДИНСКИ, С. БОШЊАКОВСКА, М. ДУКОВСКИ
Л. УГРИНОВСКА, М. ЧАКАР, Л. БОГОЕВСКА

**РАНАТА ДИЈАГНОСТИКА КАКО ДЕТЕРМИНИРАЧКИ
ФАКТОР ЗА СТРУЧЕН, РАЦИОНАЛЕН И ЕФИКАСЕН
ТРЕТМАН НА ДЕЦАТА СО ПРЕЧКИ ВО РАЗВОЈОТ**

*Без добра дијагностика нема
ни добра рехабилитација*

Е. Сеген

Вовед

Еден од Фројдовите следбеници и современици, А. Адлер, ја темелел целата своја теорија на “чувството на помала вредност” и “волјата за моќ”. Имено, тој сметал дека секој поединец има некое подрачје во својата личност кое не го смета адекватно, односно се чувствува за “помалку вреден”. Таквиот “комплекс”, како што уште се кажува, може некогаш да биде и замислен, но сепак секој знае на кое животно подрачје е послаб. При дијагностицирањето не се занимаваме со откривање на такви животни комплекси. Овде сепак располагаме со конкретни податоци-се забележува на овој или на оној начин некоја тешкотија во развојот на поединецот. (9)

Денес на голем број научници, стручњаци и специјалисти им е јасно дека поставувањето на дијагноза е сложена, тешка и одговорна задача и ниту една професија или дисциплина не може да ги понуди сите релевантни дијагностички податоци за да се даде адекватна дијагноза. Тоа исто така се однесува и на децата со пречки во развојот каде што конечното поставување на дијагнозата се темели врз теоријата и практиката од медицината, психологијата, дефектологијата и од педагогијата.

Со дијагностицирањето во прв ред треба да се запознае личноста, односно нејзината биопсихосоцијална структура. Тешко е да се претпостави дека без вистински увид во целокупната структура на некоја индивидуа може да се постави точна дијагноза. Така, со правилна проценка на детето кое има пречки во развојот ќе може да очекуваме и понатамошен третман, што значи континуитет и целовитост во организацијата на тераписката, хабилитациската или рехабилитациската постапка не само во областа на здравствената заштита, туку и во областа на воспитанието и образованието, професионалното оспособување и вработување, згрижувањето, институционалното сместување и сл. Затоа е важно дијагнозата да се врши што порано, односно во времето кога постојат максимални биолошки услови за натамошен развој на детето.

Дијагностиката во рехабилитациониот контекст треба да се набљудува како процес кој настојува да ја надрасне ограниченоста на сите видови издвоени тестирања, проценувања, оценувања и расудувања на состојбата на сложеното човечко битие. Нејзината основна цел не е да ја утврди ограниченоста, туку можностите за промена на развојот на функционалниот капацитет (биолошки, сетилен, моторен, ментален, социјален) и на општото утврдување на состојбата на децата со пречки во развојот. Поради тоа, раната дијагностика, како дел од предметот на медицинските, дефектолошките, психолошките и другите науки, треба да се сфати и да се третира не само како процес, туку и како функционален континуитет на тој процес. Како што рековме, нејзината основна ориентација не е само процена и оценка на состојбата на функциите, туку и откривање на можностите за третман и неговото насочување кон максимално можни промени и унапредување.

Дијагностичкото оценување на рехабилитациониот контекст е разгледување како процес, не само затоа што се проширува во однос на времето, туку и поради тоа што се обидува динамично да ги надмине ограничувањата на одделните случаи на оценувањето на статистичките битности. На тој начин обезбедува можност за откривање на промените и за оценување на нејзиниот опсег во различните категории на функционирањето на случајот гледајќи кон унапредувањето. (3)

Како такво, дијагностичкото оценување не е само дел од процесот на рехабилитација, туку и е функционален продолжеток на тој процес и во практиката е неразделен од него. Тој е имплициран низ третманот и секогаш ја нагласува импликацијата на неговите наоди за третман. (3)

Може да се наведат голем број на вакви ставови што значат, од една страна, одраз на забрзаниот развојот на сознанието за специфичностите на содржината, потребите и перспективите на објектот на дијагностичката процедура и рехабилитација, а од друга страна израз на неумоливата потреба за позабрзано конституирање и институирање на дијагностиката, т.е. изградување на нејзината парадигма.

Првите размислувања за потребата за организирање дијагностичка служба, односно служба за откривање и дијагностицирање на децата со пречки во развојот во Република Македонија, наоѓаме уште во далечната 1957 година во анализата на Републичкиот орган за социјална политика. Во оваа анализа е дадена состојбата и развојот за сите категории на деца со физички и психички недостатоци, како и потребата од организирање на дијагностичкиот процес и соодветните облици на третман, односно заштита и рехабилитација на децата со пречки во развојот.

Врз основа на овие согледувања во споменатата анализа, се донесени соодветни заклучоци и се отворени медицинско-педагошки и педагошко-психолошки советувалишта што ќе работат на планот на дијагностика и распоредување на децата со пречки во психичкиот развој. Исто така се определени и рехабилитациони и стручни установи што ќе работат на дијагностицирањето и распоредувањето на децата со оштетен слух, вид и со телесните инвалиди. Подоцна од страна на надлежните органи се донесени Правилници за дијагностицирање и распоредување со што се отвори можност за ната-

мошно развивање на дијагностичкиот процес на децата со пречки во развојот во Република Македонија. (1)

Дијагностицирањето и распоредувањето на децата со пречки во развојот е вршено по пат на повремени стручни комисии (тоа особено важи за децата со пречки во психичкиот развој), што се формирани врз основа на Правилникот за категоризација, односно за распоредување. По долгогодишна работа и стекнатото искуство, работата на стручните комисии се повеќе им се доверува на стручните тимови на специјалните установи за заштита и рехабилитација на децата со пречки во развојот, понатаму на установи од областа на здравството, образованието и социјалната заштита. Оваа практика се ценеше и се цени дека е поисправна бидејќи членовите на овие стручни комисии се во редовен работен однос, нивната работа постојано е врзана за дијагностицирањето, имаат повеќе време за опсервација на децата и располагаат со потребната опрема. Вакви тимови се почесто работат во развојните советувалишта, таму каде што ги има при здравствените домови, во специјализираните здравствени установи и во рехабилитационите (дефектолошки) установи. (1)

Лекарите, психолозите, дефектолозите и социјалните работници се главни носители во дијагностиката на лицата со пречки во развојот и го сочинуваат стручниот-мултидисциплинарен тим. Таа мултидисциплинарност се гледа од самиот приод и сфаќање на личноста на детето попречено во својот развој, во неговиот биопсихосоцијален ентитет.

И лекарот и психологот и дефектологот во својот пристап во дијагностиката имаат заедничко во тоа што во сите три области ги користат како дијагностичкиот метод, анамнезата, опсервацијата и клиничката процена. Разликата е во тоа што податоците што се добиваат со овие методи се интерпретираат во контекстот на ангажирањата, начинот на мислењето и непосредните задачи на секој од споменатите стручњаци. Секако, на пример, наодот на дефектологот ќе се спореди со метрички потврдените наоди на психологот, во клинички проценетите наоди на лекарот итн. и дури тогаш наодот од стручњациите, вкlopen во мултидисциплинарниот пристап, ја добива својата вистинска вредност.

Од досегашното излагање можеше да се види важноста на дијагностиката како клучен сегмент и неделива алка во целокупниот процес на рехабилитација на децата со пречки во развојот.

Дијагностицирање на децата со пречки во развојот од страна на мултидисциплинарниот стручен тим

Во процесот на дијагностицирањето како што е изнесено скоро за сите деца со пречки во развојот, педијатарот, психологот и социјалниот работник, а во зависност од видот и степенот на попреченоста учествуваат и невропсихијатарот, физијатарот, офталмологот, оториноларингологот, олигофренологот, тифлологот, сурдологот и соматопедот.

Во нашето излагање ќе настоиме да ги изнесеме специфичностите во дијагностичката процедура кај овие стручни профили.

Во современата педијатрија на лекарот-педијатар му припаѓа посебно место во откривањето, дијагностицирањето и третманот на деца со пречки во развојот. Тој по претходно откривање и регистрирање на детето пристапува кон земање на анамнеза, педијатриски и невролошки статус на детето. При тоа посебно внимание обрнува на постоењето на конвулзии, моторни сензорни и психички заболувања во фамилијата, како и на проблемите во текот на бременоста.

Започнувањето на дијагностичкиот процес мошне често ја наметнува потребата од лабораториски, цитогенетски, ендокринолошки и невролошки испитувања, при што се утврдуваат и причинителите, односно етиолошките фактори за попреченоста во развојот кај детето, кои што глобално се распоредуваат во три групи:

1. *Пренатални причини:*

- мултифакторијални причинители,
- состојби предизвикани од генетски мутации,
- демиелизантни заболувања, кранијални заболувања и др.
- надворешни фактори за создавање на ембрио-фетопатии (инфекции на мајката и фетусот, озрачување на плодот, консумирање на лекови во текот на бременоста).

2. *Перинатални причини:*

- асфиксија,
- аноксија,
- породилни трауми,
- инфекции,
- хипогликемија и
- хипербилирубинемија.

3. *Постнатални причини*

- инфекции на ЦНС,
- церебрални трауми,
- труења,
- акутни тешки дехидратации,
- постимунизациона енцефалопатија,

На тој начин педијатарот ја добива основата за утврдување на состојбата на попреченоста во раната детска возраст.

Тој со научно-стручно усовршување од својата област понатаму се грижи за континуитетот на рехабилитациониот процес и следењето на децата со пречки во развојот .

Невропсихијатарот во својата дијагностичка процедура и постапка го проценува нивото на развојот на нервните структури и функции, нивото на оштетување од една страна и психичката состојба и функција од друга страна. Во тој контекст значи се проценуваат отстапувањата и определените растројства што се јавуваат во определен период од животот на детето и нивното влијание врз целокупниот ментален статус и состојбата воопшто. Тоа е од особена важност ако се има предвид фактот дека голем број на деца со пречки во развојот имаат и пречки во нивниот психички развој. По дијагностицирањето на попреченоста (хендикепот) и неговото распоредување, психијатарот треба и понатаму да ја следи состојбата кај детето со пречки во развојот, да дава сугестии и предлози за понатамошен успешен третман и рехабилитација.

Социјалниот работник е исто така значајна и неделива алка од дијагностичкиот тим, чија задача е исто така проценка на отстапувањата и попреченоста во развојот кај децата. Тој ја зема социјалната анамнеза, ги подготвува и спроведува во натамошна процедура наодите и мислењата, стапува во контакт со центрите за социјална работа, специјалните (посебните) установи и редовните училишта. По потреба врши опсервација во семејството, разговара со родителите на децата со пречки во развојот и врши социјални интервенции и социјални анкети надвор од установата каде што се спроведува дијагностичкиот процес.

При постоење на церебрална дисфункција целта на психологот е со помош на определени методи, психодијагностички средства, да ги испита и определи специфичните проблеми кај детето, да постави дијагноза врз основа на која ќе може да се прогнозира најадекватната рехабилитациона постапка од психолошки и дефектолошки аспект.

Кога се работи за деца помали од 5 години, прогнозата мора да биде внимателно дадена. Во раното детство практично е невозможно да се направи разлика помеѓу интелектуалните и моторните способности. За да се испита и да се процени заостанатоста и попреченоста кај некое дете е потребно да се познава и да се стапи во поблизок контакт со тоа дете.

Некои деца своите способности мошне лесно ги прикажуваат, други пак, заради повлеченост, сомнителност кон луѓе што не ги познаваат, тешко можат да ги покажат своите способности што ги имаат. Голем број на податоци за децата добиваме и од самите родители.

Оценувањето на развојната состојба кај детето мора да се постигне прво со проценка на целокупната земена анамнеза, постигнатиот физички и развоен преглед и евентуалната интерпретација на овие податоци врз основа на искуството.

На возраст до 3 години се употребуваат посебни дијагностички инструменти “беби” тестови. Тоа се развојни тестови, чии индекс не ја пока-

жува вистинската вредност на подоцнежната интелигенција на возрастното дете, но е показател на неговите општи развојни можности. Во нашата средина најчесто се користени развојните скали, како што се: Гезеловата, Бејлиевата, Брунет-Лезиновата скала.

Гезел-овата скала ја мери детската способност од раѓањето до 6 години. Таа се состои во контролиран интервју со родителите и тестирање на детските способности што ја опфаќаат: моторната способност, развој на говорот, адаптивно однесување и емоционално созревање.

Bauley-овата скала вклучува во себе скала за ментален, моторен развој и социјално однесување. Со атрактивни стимуланси за раната детска возраст, Bauley-овата скала провоцира разни функции кои подоцна ќе претставуваат комплексно ментално реагирање и способност за учење. За испитување, на пример, на сензо-перцептивните функции се користи црвен прстен со врвка, тропалка, свонче и слични материјали што се најприфатливи за определена “бешка” возраст. За испитување на едноставни форми на психички процеси до првиот период на размислување ни служат разни видови на плочи со вдлабнатини во разновидни втиснати геометриски форми (според возраста). Исто така, се испитуваат од почетната до сложената окулумоторна координација, имитација, учење, помнење, формирање на поими и мислење.

Мошне рано можат да се откријат разни малформации на моторната координација како невролошки испади.

Brunet-Lezin-овата скала за психички развој во раната детска возраст може да се подели на два дела:

I-от дел опфаќа 16 субтестови кои го мерат психомоторниот развој на возраст од 1-30 месец.

II-от дел од скалата се состои од 6 субтестови. Тој е за возраст од 2-6 години. Секој субтест има четири задачи. Влијанието на говорот е сведен на минимум и им овозможува на децата да ја изразат практичната интелигенција.

Со помош на скалата во раната возраст се испитува:

- моторниот развој;
- окулумоторната координација;
- социјалниот развој и говорот

Воопшто детето може да се тестира ако е во добра физичка состојба, ако не е гладно ниту поспано во моментот на тестирањето. Психологот мора да се однесува смирувачки и охрабрувачки, избегнувајќи да му помогне при решавањето на тест задачите.

Понатаму, за испитување на интелигенцијата кај децата се користат следните тестови: Бине-Симоновата скала (4-14 годишна возраст), VISK-скала од 5-16 годишна возраст), Гоодинав тест, Равенови Прогресивни Матрици во боја, Кохсов тест, ликовен Bender-Geshtalt тест и др. За

обезбедување на поголема валидност и објективност при секое испитување се користат задолжително една тест скала и два дополнителни теста.

Со проценката на попреченоста во развојот клиничкиот психолог, ги изнесува наодите и дава препораки за третман и згрижување со очекување дека наставникот, дефектологот и училишниот психолог ќе бидат во состојба да ја користат оваа предност во своите напори и да му помогнат на детето. Затоа е неопходно помеѓу овие специјалисти да има стручна соработка и координација.

Кога ќе се постави какво и да било основно сомнение за отстапување од нормалниот развој, се користат консултации со повеќе стручњаци специјалисти за да биде дијагнозата точна. Од моментот на воочувањето на пречките во развојот кај децата се вклучува програмиран процес на хабилитација и рехабилитација. Но најнапред се врши проценка-евалуација на способностите на функционирањето на мускулно-скелетниот систем, за кои е одговорен лекарот-физијатар.

Секое ризично бебе е потребно да биде под постојана контрола на физијатарот, почнувајќи од првиот месец на животот до едногодишна возраст. Контролата се состои во физијатриски преглед со кој се констатира моторниот развој на детето според возраста. Истовремено се контактира со родителите што ги изнесуваат од своја страна забелешките во однос на напредокот на детето, што се проценува во однос на објективноста.

Доколку се открие отстапување на моторниот развој што е шематизиран по Војта и други автори (став, мускулатура, тонус на мускулатурата и трофика на мускулатурата, физиолошки рефлексии, примитивни рефлексии, абнормални движења, деформитети) се започнува со однапред утврдена програма за хабилитација и рехабилитација во строго специјализирана установа за лекување на деца што имаат пречки во психомоторниот развој.

Со помош на евалуационите методи: тестирање и мерење се добива објективна проценка на силата на опсегот на движење на зглобовите, функционалните способности на постоењето на абнормални движења и сл.

Напоредно со испитувањата што ги врши физијатарот се врши психолошко тестирање и заеднички се даваат насоки во третманот, се следи напредувањето во поглед на менталниот развој и можностите за активна соработка во рехабилитацијата. По евалуацијата на моторните и менталните способности за активна соработка се пристапува кон планирање и програмирање на рехабилитациониот третман со определување на целите кон максимално остварување на независни функции во границите на очекуваните можности. Секако, во текот на рехабилитацијата повремено се вршат ре-евалуации на состојбата бидејќи рехабилитацијата трае континуирано и долго, сè додека трае растот и развојот на детето со пречки во развојот. Во тој долготраен процес се потребни објективни проценки на постигнатите резултати како од страна на физијатарот, така и од страна на целиот стручен тим.

Во најраното детство настануваат брзи промени на сите полиња на развојот на детето, освен во адолесценцијата, раното детство е без сомне-

вање период на најбрз развиток во животот на човекот. Раните искуства во животот се основа за ефектите на создавање во подоцнежниот развиток. Иако сè уште постојат расправи за степенот на таквото влијание, генерално е прифатена важноста на искуството во најраниот период од животот.

Во тој контекст треба да кажеме дека децата со оштетување на слухот во најраната возраст се лишени од аудитивна стимулација на околината.

Заедничка мудрост што датира многу одамна вели дека оптимална социјална грижа за оние со нарушен слух е, пред сè, да се спроведе што е можно порано идентификација, дијагностика и терапевтска интервенција.

Во минатото, тоа беше невозможно, но новите техничко-технолошки, едукативни и базични научни достигнувања го потврдуваат фактот дека усогласените напори ќе овозможат рана дијагностика и третман на оштетувањето на слухот порано, дури и веднаш по раѓањето.

Потребно е што порано да се постави точна клиничка дијагноза, да се определи степенот на оштетување на слухот, а потоа да се спроведе соодветна терапија со цел да се излечи причинската болест што ќе еволуира во поволен случај со подобрување или реставрација на слухот. Да се преземат сите мерки кои денес ни се на располагање со цел да се добие подобра амплификација на слухот.

Раното откривање на причината за оштетување на слухот, односно на слушниот орган и упорното настојување за нивно отстранување, по можност во првата фаза на заболувањето, претставува најдобра превенција за зачувување на слушната функција. Што помалку има органски секвели, толку е подобра слушната функција.

Дијагностицирањето, а со тоа и групирањето на хендикепираните деца со оштетен слух, го врши лекар специјалист по оториноларингологија субспецијализиран во аудиолошката практика во соработка со соодветен дијагностички тим во кој влегуваат: дефектолог-сурдолог, педијатар, психолог и социјален работник.

Независно од етиопатогенезата на оштетувањето на слухот на функционалното испитување на слухот мора да му претходи детално клиничко испитување.

Добрата анамнеза мора да ги содржи следниве елементи:

- сегашна состојба;
- генетска, за време на бременоста и породувањето и медицинска историја;
- историја на развитокот, социјалните услови;
- подетален опис на состојбата на слухот, говорот и јазикот.

Отолошкиот преглед по увидот за состојбата на ушката, надворешниот слушен канал, инспекција на околината на ушката, бара минуциозно испитување на тапанчето, користејќи го Siegle-овиот спекулум или во современите отолошки амбуланти отомикроскопот.

Од аудиолошки аспект добро е да се направи увид во состојбата на ринофарингсот, бидејќи хроничните воспаленија, хипертрофичните промени на тонзилите и аденоидите или воспаление на параназалните синуси, назалната опструкција, назосинусалните алергични промени битно можат да влијаат врз функционалната состојба на слухот.

Начинот на тестирање на аудитивната евалуација на децата во раната возраст зависи од возраста на детето, па поради тоа ги делиме во три групи:

- од 0-6 месеци
- од 6-24 месеци
- од 2-6 години

Треба да се нагласи дека во сите случаи се забележливи промени во однесувањето на детето. Во овој период треба да се направи отолошко и аудиолошко испитување. Како поважни индикации се следниве:

- ако новороденчето не го определува правецот на звукот или не покажува никаков позитивен знак, свесност, реакција кон звучната дразба до 5-6 месечна возраст;
- кога гугањето престанува (најчесто околу 18 месечна возраст), а наместо тоа нема специфични разбирливи зборови;
- новороденчето не го кажува првиот збор до 18 месеци; гугањето престанува и нема замена и обид за говор;
- кога течниот говор престанува и не се развива;
- до 6 години детето не составува реченица ни од два збора.

Во првите години од животот на детето (0-6 год.) се употребуваат следните методи на аудиолошко тестирање:

- Бихевиорални тестови-со нив се предизвикуваат рефлексни одговори на силни аудитивни стимулации (cohleo-oculogiren рефлекс, startle-аудитивен рефлекс). Тие се квалитетни тестови со кои се дефинира нормален од тешко оштетен слух;
- тонална лиминарна аудиометрија за определување на прагот на коскена-та и воздушната спроводливост;
- тимпанометрија-објективна метода за определување на функцијата на средното уво, тимпано-осикуларната верига и функцијата на Евстахиевата туба;
- определување на прагот на акустичен рефлекс ни овозможува определување на аудитивната сензитивност;
- АБР метода на аудитивни евоцирани потенцијали. Со неа се дефинира нормален од оштетен периферен аудитивен механизам, се определува слушната сензитивност и го сугерира местото на лезијата.

Првите 36 месеци од животот се сметаат како најважни во развитокот на говорот и јазикот.

Сонографски е докажано дека и при помали редукции на слухот (до 45) настануваат определени артикулативни говорни пореметувања како и промени на говорната кинетика, што уште повеќе го актуелизира проблемот на раната детекција, на раната дијагноза и на третманот на нарушувањата на слухот и говорот во раната и предучилишна возраст.

Имајќи ги пред себе **наодот и мислењето за лицето што има тешкотии во вербалната комуникација логопедот ја поставува дефинитивната (конечната) логопедска дијагноза.** Тој во својата проценка и дијагностицирање ги користи тријажните тестови, на пример по Костиќ кои можат да бидат глобални или поединечни (аналитички).

За да се изврши правилна дијагноза е потребно добро познавање на елементите на говорот (фонација, артикулација) и на јазикот (лексика, семантика, морфологија, синтакса и сл.). Понатаму, од голема важност за правилен развој на детето е и физиолошката зависност помеѓу слухот и говорот, кое логопедот го има тоа предвид.

Најчесто децата се дијагностицираат на возраст од 6-7 години поради тоа што детето по петтата година од животот треба да има чиста артикулација и граматички говор. Кај лицата со потешки пречки во говорот се применуваат диференцијално дијагностички постапки и се водат голем број на консултации од страна на стручниот тим, се врши повторна опсервација и испитувања сè додека не се постави конечната дијагноза.

Исто така, раната дијагностика и раната рехабилитација се првите и најважни фактори за успешен третман на децата со пречки во видот.

Мошне често се бара од офталмолозите да извршат проценка на видната функција во развојниот период, односно во првата година од животот. Првите знаци важни за проценката дека детето не гледа сè: неговата реакција на светлост и интересот за околината. Слепилото кај новороденчето се манифестира со индиферентност кон околината, отсуство на мимика и безизразен поглед.

Реакцијата на зеницата или Пупиломоторниот рефлекс на светлост има важна улога при утврдувањето на слепилото. Пупиломоторниот рефлекс е присутен веќе при раѓањето, па дури и кај преметурните деца. Но секогаш присуството на пупиломоторниот рефлекс не е сигурен доказ дека детето гледа, бидејќи тој може да постои и кај кортикалното слепило или при лезијата во надворешните коленасти тела (*corpus geniculatum laterale*). Од друга страна треба да се има предвид дека слепилото може да настане и некој месец по раѓањето, така што овој рефлекс нема своја апсолутна вредност.

При проценката на видот кај новороденчето или доенчето мора да се води сметка и за постоењето на големата група енцефалопатии што можат да ги ледираат вишите визуелни центри. Постојат современи методи за

определување на острината на видот и кај децата до две годишна возраст, но во основа, сепак тие се субјективни.

Често се бара да се определи острината на видот кај мали и ментално ретардирани деца, кај кои тоа е најтешко да се утврди. За таа цел засега постои методата за евоцирани кортикални потенцијали што е објективна, но не и најсигурна.

За да се испита видната функција во развојниот период мошне се важни систематските прегледи каде што офталмологот го врши објективниот преглед на детето, дефектологот претходно ќе ја определи острината на видот, однесувањето на детето во просторот и распознавањето на боите. При тоа се користат следниве методи:

1. **Метода на формирање на парови (играчки) или поедини предмети;**
2. **Метода со помош на покажување на печатарската буква “Е”.**

Објективното определување на острината на видот кај децата од втората и третата година од животот се врши со помош на специјални методи што спаѓаат во подрачјето на ортооптиката и плеоптиката.

Испитувањето на адаптацијата на светло и на темно не дава сигурни резултати пред четвртата година од животот.

Испитувањето на чувството за бои не може да се врши пред втората, а во повеќето случаи се врши дури по четвртата, па и петата година од животот. Иако според некои истражувања, детето во втората година од животот ја распознава жолтата боја, а во третата сината, сепак целосно чувство за бои настапува дури тогаш кога ќе се заврши развојот на видниот апарат и ќе се воспостават и другите функции на големиот мозок.

За испитување на функцијата на невроепителот на ретината се користи електроретинографијата (ERG), која има важност не само за состојбата на невроепителот, туку може да не извести за текот на болеста на хриоретината, особено кај хередодегенеративните заболувања.

Кај децата од предучилишна возраст се користат сите досега опишани методи. Методите на преглед што служат за раното откривање на слабовидноста и шашливпста се:

- Cover-Uncover-овиот тест за испитување на окуломоторната рамнотежа за блиску и далеку;
- Определување на острината на видот за блиску и далеку;
- Тест на фиксација на светлосен извор;
- Тест на централна и ексцентрална фиксација со визускоп и координатор по Cüppers;
- Тест со Херинговите паслики;
- Испитувањето на бинакуларниот вид на синаптофор; се состои во испитување на ретиналната кореспонденција, сензорната фузија и одредување на стереоскопскиот вид.

За испитување на подвижноста на очното јаболко се користат два теста: тест за дукција (ductio) и тест за верзија (versio).

Прегледот на очното дно се врши со офталмоскоп и тоа како директно и индиректно офталмоскопирање.

Колку што е детето постаро толку полесно се воспоставува контакт и подобра соработка, а и податоците за видната функција ќе бидат поточни. Од голема важност е трпеливоста на детето и офталмологот, интелигенцијата на детето и начинот на однесувањето кон него, за да се процени успешно видната функција.

Во дијагностичката постапка дефектологот, тргнувајќи од правилото дека се обработува личноста во целост, настојува да ја испита функцијата на личноста во различни сегменти преку кои детето функционира на социјално поле.

Кога дефектологот има пред себе на пример ментално ретардирано дете, заради поголема успешност на целокупната рехабилитација, мора да ги изврши следниве проценки:

- проценка на доминантната латерализираност. Тоа претставува испитување на латерализација на телото и сетилата и нивото на доминација на функциите на ЦНС (проби на процена на доминантната латерализираност на слухот, на видот, на горните и долните екстремитети);
- проценка на организираноста на психомоториката. Каде што се проценува психомоториката на долните екстремитети (способност на усогласување на чекорот по ритам, стабилност на чекорот и др.), процена на психомоториката на горните екстремитети (визомоторната контрола, манипулативната вештина на раката по Lafaue, диференцираност на моториката на прстите по Rey и Buche, процена на можностите на одржувањето на рамнотежата со пробите “Вага” и “Мислител”, процена на координацијата на движењата на горните и на долните екстремитети по ритам);
- дефектологот врши процена и испитување на праксичната организираност и тоа поточно на мелокинетичната, идеомоторната, идеаторната и конструктивната праксија. Не треба да се заборави и проценката на графомоториката како праксичка активност преку испитувањето на квалитетот на линеација и изведувањето на прескриптуалните облици;
- на претходното испитување се надоврзува и проценката на графомоторниот низ по Lilian Lirsa, анализа на зрелоста на ракописот и дисграфичноста на ракописот каде што мисловните содржини се изразуваат по пат на пишување, а со цел да се оцени начинот на комуницирање на децата во средината;
- гностичката организираност се испитува преку проценката на познавање на делови на телото, проценката на познавање на латерализираноста на себе и на друг, проценката на доживувањето и оријентацијата во просторот и времето;

- практичноста организираност се испитува со тестовите за имитација на движењата (Berzes, Lezin);
- процена на организираноста на говорот; се употребуваат повеќе тестови од кои ќе ги споменеме тестот за испитување на артикулацијата, семантичкиот тест (С. Владисављевиќ) и оцена на лексичките способности и дислексичкото читање;
- процена на организираноста на сознајните функции каде што доаѓа до израз оперативноста на мислењето и дефектологот го испитува нивото на усвоеност на серијација, класификација, кореспонденција и конзервација;
- и на крај се испитува однесувањето на детето во семејството, однесувањето на ученикот за време на часот и одморот. Постои и скала за процена на однесување на децата со лесна ментална ретардација и други тестови.

Дефектологот што се занимава со дефектолошка дијагностика со употреба на сите овие тестови, скали и инструменти за оценување на попреченоста кај детето поаѓа секогаш од функциите, но не од физиолошко или неврофизиолошко гледиште. Дефектологот се занимава со функциите на личноста во однос на постоењето на личноста во социјалното поле, кои се омеѓени со просторот и времето. (3) Тој ги проценува не во однос на структурата туку во однос на тоа социјално поле (средина) и на нивото на интерес што ги мотивира активностите на хендикепираното дете кон социјалното поле, кои ќе бидат во функција на програмата за ангажирање за дефектолошката рехабилитација.

Заклучок со предлог мерки

Дијагностицирањето на деца со пречки во развојот како што се гледа од досегашното излагање е мошне сложена и одговорна работа која бара голема стручност, професионалност, одговорност и пред сè мултидисциплинираност (тимска работа). Сите наоди што се добиени во проценувањето на оштетувањето кај детето, треба да се синхронизираат, синтетизираат, ускладат и заеднички да се согласат во својата конечна проценка. Од самата ангажираност на стручњациите во дијагностичката процедура и постапка, нивната соработка и се разбира квалитетот во работата, во многу нешта ќе зависи и понатамошниот рехабилитационен процес. Сите стручни знаења и квалитети во дијагностичката постапка успешно ќе се обединат во еден целовит пристап на личноста, само ако постои добра тимска работа.

Во Република Македонија има стручни установи кои и сега и во иднина можат одговорно да се понесат со дијагностиката на децата со пречки во развојот. За да се развие поквалитетно дијагностичкиот процес потребно е:

1. **Дијагностичките установи во иднина треба стручно да се усовршуваат и да ја продлабочат соработката и координацијата со другите установи на планот на дијагностиката и распоредувањето на децата со пречки во развојот;**

2. Процесот на дијагностика треба сè повеќе да се доверува и спроведува во развојните советувашишта, кои во иднина треба да ги има во повеќето здравствени домови, односно медицински центри и во рехабилитационите установи што можат да вршат таква дејност;
3. Во установите што вршат дијагностицирање ќе треба да се изедначат дијагностичките критериуми и терминологија како и да се воведат обврска за формирање на досиеја на децата;
4. Во стручните установи каде што се спроведува дијагностичкиот процес на децата со пречки во развојот да се комплетира стручниот тим со вработување и на дефектолози;
5. При проценувањето на состојбата на попреченоста во развојот на децата, сè повеќе треба да се применуваат современи методи, мерки и технички средства од сите профили на стручниот тим;
6. Потребна е измена и дополнување на регулативата во врска со постапката и дијагностицирањето, односно распоредувањето на децата со пречки во развојот.

И покрај укажаната потреба од тимска екипираност на установите што дијагностицираат во одделни такви установи, загрижува податокот што во нив не се комплетирани потребните стручни тимови. Особено загрижува фактот што во тимовите не е вклучен соодветен дефектолог. Потребата од овој профил секако е голема, за што говорат и фактите од квалитетот на дијагностичкиот процес од комплетноста на стручниот тим во постојните установи. Очекуваме овие постојни проблеми да се надминат во блиска иднина со што дијагностичкиот процес ќе се изведува на висина и ќе се добие поголем квалитет.

И на крајот да го наведеме искажувањето на одделни наши познати стручњаци **“Секоја тимска работа претставува средба помеѓу луѓето. Секоја средба помеѓу луѓето претставува емотивно ангажирање и етички став. Секој етички став и емотивно ангажирање доведува до постоење на квалитет и знаење”**. Тоа е особено важно ако се има предвид специфичноста и тежината на дијагностичкиот процес и рехабилитацијата воопшто.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ајдински Г., Рано откривање, дијагноза и третман као претпоставка, успешног тока рехабилитације ментално ретардираних лица-магистарски рад, Универзитет у Београду, Дефектолошки факултет, Београд, 1994
2. Ајдински Љ., Интегрална рехабилитација на метално ретардираните лица, ЈКСД, Белград, 1982
3. Бојанин С., Неуропсихологија развојног доба и општи реедукативни метод, Завод за уђбенике и наставна средства, Београд, 1985
4. Ђордић А., Бојанин С., Општа дефектолошка дијагностика, Завод за уђбенике и наставна средства, Београд, 1992
5. Goodhill V., Diseases, deafness and dizziness P. 154, 1979
6. Hesenstab S., Earlu intervention for infants with hearing Impairment, Seminars of hearing, Volume 15. N. 2, 1994
7. Helman, Valenstein, Clinical neuropsychology
8. Lezak M., Neuropsychological assesment
9. Katz J., Handbook of Clinical audiology, section VII, 1978
10. Kernic N. M., Dijagnosticiranje u defektologiji, Sveučiliste u Zagrebu, Fakultet za defektologiju, Zagreb, 1991
11. Пиштаљић М., Рани развојни поремечаји, скрипта, Београд, 1986
12. Стефановић Б., Митровић М., Офталмологија, Завод за уђбенике и наставна средства, Београд, 1990
13. Турдиу Ј., Клиничка невропсихологија
14. American speach and Hearing Association (ASHA) Executive Board, 1981, On the definition of learning hedicap, Asha 23, 293-297
15. XIII Конгрес оториноларинголога Југославије, Епидемиологија патологија слуха, гласа и говора, 1988.

*Goran AJDINSKI, S. BOSNJAKOVSKA, L. UGRINOVSKA,
M. DUKOVSKI, M. CAKAR, L. BOGOEVSKA*

EARLY DIAGNOSIS AS DETERMINATING FACTOR FOR PROFESSIONAL, RATIONAL AND EFFECTIVE TREATMENT OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES

Early diagnosis of children with developmental difficulties is one of the most important segments in the process of rehabilitation. It is not only an assessment and evaluation of the functional conditions, but also and detection of the possibilities for treatment and it's improvement.

In our presentation we give the first noticing for diagnostics of children with developmental difficulties in the Republic of Macedonia, the present capacities, possibilities, needs and suggestions for it's improvement and advancement. Speaking about that we stress the need of multidisciplinary and complete professional team in the present institutions and solving out a number of problems that exist on that plan. It especially relates to the unique terminology, the procedure and involvement of defectologists in the diagnostic process.

Having in mind the bio-psycho and social aspects of the personality of children with developmental difficulties, together with the need of a complex diagnostic procedure, we have tried to give the professional activities of all the profiles of professionals that take part in the diagnostic process. So, we give a review of the work of:

- physician-pediatrician who is involved in the diagnostics of all children
- audiologist who is involved in the diagnostics of children with damaged hearing from a medical point of view.
- the clinical psychologist who works in the institute for medical rehabilitation and whose task is to prepare and realize all the necessary tests for the personality of the child with developmental difficulties.
- physiologist for children with somatic damages.
- neuropsychiatrist for children with psychological difficulties
- specialist for eye diseases giving his report about the child's damaged eyesight etc.

We consider that we shouldn't neglect the role of the defectologist, his examinations on psychomotor status, speech, i. e. the functions of the individual in relation to the social aspect in a close connection with the space and time, as a prognosis for treatment.

All the findings got in the assessment of the child's damages, should be synchronized and synthesized, agreed in the last assessment showing that this is a very complex and responsible task. That will depend on the professional approach, before all on the team work.