

Љупчо АЈДИНСКИ

## **РАНИОТ ТРЕТМАН И ПРЕДУЧИЛИШНОТО ВОСПИТУВАЊЕ НА ДЕЦАТА СО ПРЕЧКИ ВО ПСИХОФИЗИЧКИОТ РАЗВОЈ**

Рехабилитацијата на децата со пречки во психофизичкиот развој претставува единство на сите мерки и постапки што е неопходно да се преземат за да се отстранат или да се сведат на минимум последиците од хендикепот на психофизичката состојба на детето и да се олесни неговото вклучување во пошироката општествена средина. Тоа е долготраен процес чии резултати можат да се видат по низа години на напорна стручна работа.

Темелот на ваквата рехабилитација се поставува во раното детство. Од начинот на кој се организирани: откривањето, евидентирањето, дијагностицирањето, раниот третман и предучилишното воспитување, како основен елемент на примарниот дел на системот на заштитата и рехабилитацијата, зависи колкав број деца со пречки во развојот ќе бидат опфатени со системот на интегралната рехабилитација. Гледано од хуман, социјален и економски аспект, општеството има задача и обврска да обезбеди таков систем на интегрална рехабилитација што може да одговори на потребите.

Кога зборуваме за интегралниот пристап во раната рехабилитација на децата со пречки во развојот, пред сè е потребно да се обезбеди единство и целосност на организацијата и мерките што треба да се преземаат на полето на откривањето, дијагностиката и на третманот, од една страна, но и решавањето на биолошките, на психолошките, едукативните, социјално-економските и на социјално-културните проблеми на хендикепираноста воопшто, од друга страна. Значи, се однесува на системот на интегралната рехабилитација што ќе се состои од - клиничкиот, едукативниот и социјално-економскиот дел со нивните компоненти.

Навременото откривање, адекватната дијагностика и добрата евиденција на децата со пречки во развојот ја прават успешна организацијата на клиничкиот дел на рехабилитацијата, што поблиску ќе ја објаснине.

1. *Откривањето на децата со пречки во развојот*, претставува првата и мошне важна фаза во целокупниот третман. Од правилното поставување, посебно од навременото откривање, зависи успехот на дејноста во сите натамошни фази. Тоа посебно доаѓа до израз кога се

знае дека етиолошките фактори што доведуваат до хендикепираност почнуваат да дејствуваат мошне рано, веднаш по раѓањето на детето, а не ретко и пренатално. Овие фактори често дејствуваат континуирано, но ако се откријат навреме нивното дејство може да се спречи или, пак, да се ублажи. Во случаите каде што факторот причинител веќе успеал да доведе до хендикепираност, раното откривање претставува важен сегмент за обезбедување на што поповолни услови за натамошна правилна и ефикасна рехабилитација.

На раното откривање е дадено значајно место и во Препораката на Европската конференција на Светската здравствена организација (1974) во која, помеѓу другото, се вели: "Идеалните мерки треба да почнуваат со генетски советувања на родителите пред раѓањето на детето, но и со посебна грижа во семејствата со поголем број хендикепирани деца. Со детекцијата треба да се почне уште во породилиштата".

Оваа препорака дава иницијатива за воведување евиденција на високо ризичните деца, кое во нашата практика се покажа мошне корисно за организацијата и успехот на третманот на овие деца. Тоа го потврдуваат и нашите податоци што ги добивме со анализата на состојбата на откривањето на ризичните новородени деца. Од вкупно 9.244 новороденчиња се откриени 2.090 (или 22,6%) ризични деца.

На денешниот степен на развој на оваа дејност не може да бидеме сигурни дали и во која мерка ќе бидат идентификувани сите хендикепирани новороденчиња и мали деца пред поаѓањето на училиште.

Набљудувано по видови на оштетеност, може да се каже дека некои категории се откриваат полесно, а некои потешко. Така на пример, оштетувањето на видот, како забележлива пречка, лесно се открива.

Сепак, на раната возраст треба да се инсистира за спроведување на систематските прегледи за да се откријат евентуалните пречки врзани за рефракционалната аномалија, амблиопијата и страбизмот.

Развојот на акустичните и говорните центри е строго поврзан со раниот развој во првите години на животот, затоа е важно што порано да се откријат евентуалните оштетувања на слухот и говорот за да се преземат потребните рехабилитациони мерки, зашто пропуштеното време подоцна тешко може да се надомести. Откривањето на ментално ретардираните деца, посебно на полесните случаи, се врши мошне доцна, главно, по повод уписот на децата на училиште.

Така, резултатите на една епидемиолошка студија (Вила и соработници-1992 ) (6) организирана во Шпанија, го покажуваат следното: 12% од случаите се откриени при раѓањето, 16% од случаите пред третата година од животот, а 64% од случаите по четвртата година од животот. Кај 16% од случаите се откриени од страна на семејството, кај 20% од случаите од страна на лекарот, а кај 62% од случаите од страна на психологот. Резултатите на нашите истражувања покажуваат

дека најголемиот број ментално ретардирани деца се откриени од страна на учителот (49,4%), потоа од страна на родителот (31,8%) па од социјалните работници (13,3%), а од други лица се откриени вкупно 5,4% ментално ретардирани деца.

Од овие податоци лесно може да се види дека здравствените установи се распоредени во "други лица", што е парадоксално со оглед на фактот што токму медицинскиот персонал прв доаѓа во контакт со хендикепираното дете. Веројатно станува збор за индиферентен однос кон обврската за евиденција на таквите лица или, пак, препраќање, односно доставување на постојната евиденција до други надлежни служби задолжени со пропис.

Анализата на досегашните резултати, врзани за раното откривање на децата со пречки во развојот, покажува дека постојат низа недостатоци во оваа област, од кои посебно треба да се истакнат:

- откривањето не се спроведува целосно (организација на територијален принцип);

- здравствената служба, главно поголемиот дел од специјализираните установи од примарната здравствена заштита, со исклучок на развојните советувањата и Заводот за ментално здравје, по откривањето на детето со пречки во развојот, не ги пријавуваат кај надлежните служби за водење постапка за дијагностицирање и воведување во евиденција. Исти пропусти се јавуваат и во установите за дневен престој на децата од предучилишна возраст.

- не е во доволна мерка застапена и организирана координацијата на работата меѓу здравствените, едукативните и социјалните служби што се занимаваат со третман на хендикепираните лица;

- откривањето на случаи, водењето постапка за дијагностицирање и водењето евиденција, се вршат со големо задоцнување. Често по поаѓањето на детето на училиште, што во голема мерка ја намалува можноста за успешна и ефикасна рехабилитација.

2. Дијагностицирањето на децата со пречки во развојот, како рана интервентна мерка претставува наредна фаза на интегралниот пристап во третманот на децата со пречки во развојот, но и услов за успешна рехабилитација, доколку е адекватно поставена. Зависно од видот на пречките во развојот, односно од видот на хендикепот, методите на дијагностицирање се специфицираат и диференцираат. Значи, методите се поинакви во случаите, на пример кај оштетувањата на видот, на слухот и сл. Од правилноста на дијагностицирањето, меѓу другото, зависи во кој вид установа за рехабилитација, според примарното оштетување (телесно, сетилно или психичко) детето ќе биде упатено за да се обезбеди неговиот максимален психофизички развој.

Важно е поставувањето на дијагнозата да се изврши што порано, односно во времето кога постојат максимални биолошки услови за натамошен развој на детето.

Резултатите на досегашната практика покажуваат дека дијагностицирањето на децата со пречки во развојот почнува мошне доцна, главно по повод нивното поаѓање на училиште. Резултатите добиени во еден истражувачки проект тоа и го потврдуваат. Од 4.555 дијагностицирани ментално ретардирани деца, на возраст од 8 до 11 години се дијагностицирани 2.497 или 54.8%, а на возраст од раѓањето до седмата година се дијагностицирани само 646 или 14,2% деца. Значи дека повеќе од половината дијагностицирани деца биле на возраст од 8 до 11 години, што значи и дека се условени со нивната категоризација заради упатување во специјално училиште и дека не е организирано поради потребата за рана рехабилитација.

Се разбира, ваквата дистрибуција на податоци не би можела да се однесува на сите категории попреченост. Така на пример дијагностицирањето на децата со оштетен вид, односно слух или говор, како и со ментална ретардација е далеку подобро во развојните советувалишта, во установите за ментално здравје, во установите за деца со растројства на говорот и слухот, но и во одделни рехабилитациони установи.

Денес кога имаме толку брзо темпо на развој и осовременување на рехабилитационата практика, што е условено од напредокот, на општата и на посебната епистемологија, на науката и техниката, како и од утврдениот факт за потребите и можностите за поефикасна рехабилитација, треба да се менува сегашната практика на спроведување на дијагностицирањето по пат на привремени комисији, а да им се довери тој процес (како што веќе споменавме), на стручните дијагностички институции што го имаат потребниот стручен кадар во постојан работен однос, услови за таква работа и за опсервација како предуслов за успешна дијагноза.

3. *Третманот* е најсложената компонента и најважниот дел на рехабилитационата практика,

Дефектолошкиот третман има задача да ги отстрани, односно да ги ублажи и да ги доведе на толерантно ниво сите пречки во развитокот на хендикепираната личност, за да го достигне со корекцијата и со компензацијата максимално можното ниво на капацитетот на општествените способности и да стане автокреативна единка. Со оглед на тоа што хендикепираноста се пројавува на биолошки, психолошки и на социјален план, значи дека третманот се протега на овие три подрачја. Третманот го сочинуваат четири основни компоненти: стимулација, терапија, тренинг и евалуација. Секоја компонента треба да има дефинирано место, време на траење, содржина, организација и техника со оглед на различните делови на процесот на рехабилитација.

Дефектолошкиот третман, како компонента на клиничкиот дел на интегралната рехабилитација не го супституира лечењето и едукацијата, ниту може да се идентификува со нив, зашто фундаментално се разликува од нив по организацијата, методиката, содржината, целите и по задачите. Меѓутоа, дефектолошкиот третман ја дополнува и ја помага едукацијата и лечењето со оглед на тоа што современиот

рехабилитационен третман кај децата почнува од најраната возраст, често веднаш по раѓањето и трае сè до постигнувањето задоволувачко ниво на нивната социјализација.

Доколку се почне порано со стручен третман, поставен врз научни сознанија и врз практично искуство ќе биде можно активирање на постојните, но и на преостанатите способности што мируваат во детето.

Отворено е прашањето кога треба да се почне со раниот третман и под кои околности. Современите истражувања потврдуваат дека децата не чекаат да поминат шест години и да почнат да учат. Тие учат константно од моментот на раѓањето и, веројатно, уште и пред раѓањето.

Затоа може да се каже дека најкарактеристичниот период за учење на детето претставуваат раните месеци од развојот кога се поставува основата што ќе ѝ служи на личноста до крајот на животот. Со раниот третман можат да бидат корегирани многу недостатоци кај децата, до нивното поаѓање на училиште, со што им се обезбедува сигурен старт во совладувањето на воспитно-образовните програми, заедно со другите ученици во редовните училишта.

Така на пример, корекционо-воспитната работа со слепите деца треба да почне во најраната возраст, односно во родителскиот дом. По завршувањето на медицинскиот третман и утврдувањето на дијагнозата врз основа на која се вбројува во категоријата слепи, т.е. практично слепите, се повикува родителот и му се дава упатство за воспитување на детето.

Клиничкиот третман на хендикепираните деца сеуште се наоѓа во повој, иако темпото на неговото коституирање и институирање пријатно изненадува и видно напредува. На сегашното ниво на неговиот развој, може да се подели на:

- фундаментален, односно ран третман;
- комплементарен - придружен третман;
- комплементарен - продолжен третман.

а) Фундаменталниот или раниот третман, што е предмет на денешното излагање, соржински, временски и програмски е во корелација со истите елементи на предучилишното воспитување. Во предучилишниот период има примарно значење, зашто треба да обезбеди забрзување, компензација и максимално можна нормализација на когнитивниот развој на детето, но и да го олесни и да го забрза совладувањето на едукативната програма за секое дете одделно.

б) Комплементарниот - придружниот третман се спроведува во текот на целото школување, и тоа непосредно во редовните и во специјалните едукативни (центри) установи, како и во другите типови установи за сместување и рехабилитација на хендикепираните.

в) Комплементарно-продолжениот третман се спроведува по завршувањето на школувањето. Го опфаќа рехабилитациониот третман на возрасните хендикепирани а се спроведува низ разни организациони облици на специјализираните рехабилитациони установи.

Третманот, генерално гледано, не може да се посматра ниту да се дефинира како фаза во процесот на рехабилитацијата, ниту да се издвојува од едукативниот и социјално-економскиот дел на целокупниот систем на рехабилитацијата, туку како суштествена и неопходна карика за остварување на целите и задачите на едукацијата и социјализацијата, т.е. на целите и задачите на хендикепираните.

Целта на раниот третман е максимално користење на биолошките можности за компензација на изгубениот и постигање на нормалниот психофизички развој на детето. Покрај тоа, раниот третман обезбедува и одржување на закономерноста на формирањето на повеќе нервни дејности и генеза на слухот, говорот и јазичката мисла. Основните задачи на раниот третман се состојат во отстранување на сите препреки во општиот и физичкиот развој, со максимално потенцирање на сознајниот развој на детето. Тој треба да биде насочен кон развој на сите сфери на личноста на детето, воопшто.

За важноста на раното воспитување, т.е. на третманот, Гањо вели: "Кога детето на насмевката на мајката не се смее, кога во време од една година не може да седи, во втората година не може да оди и уште не зборува, можеби дури не тешка, предметите за играње ги остава да лежат, или ги отфрла, тогаш родителите со право стануваат вознемирени, ги опфаќа страв можеби дека не е 'нормално', можеби ги опфаќа и ужас пред слабоста на неговата неспособност да се школува. Но, децата навистина неспособни да се школуваат се сосема ретки. Денес сме осведочени и поткрепени од искуствата на раната безбедност: многу деца во домовите за нега не би стигнале до крајната граница, 'ништо повеќе не може да се направи' да се навреме вклучени во раниот третман".

На раниот третман многумина стручњаци му посветувале големо внимание. Воспоставувањето контакт, постигнувањето развој и друго биле предмет на нивните интересирања.

Разгледувајќи ги тие прашања, Гањо вели: "Кога велиме - тоа (мисли на ментално ретардирано дете) не реагира на ништо, тогаш со тоа мислиме, дека не им се покорува на надворешните надразнувања, дека со надворешниот свет од каде што доаѓа надразнувањето не прифаќа никаков контакт. Тоа ја чувствува само својата сопствена телесност и реагира на надразнувањата само во инстинктивните текови на движењата. Тоа останува закожурено во светот на сопствената телесност. Надворешниот свет за тоа дете воопшто не постои, и затоа тоа не може ништо да научи, зашто да се научи значи: надворешниот свет постепено да се запознава и да се владее. Ако не го изведете од таа закожуреност во самиот себе, подоцна се задоволува исклучиво со сопствените чувства во држењето, викањето, нишањето, и со тоа, да се удира, да се гребе, да се гризе. Нашата воспитна задача се состои во тоа да измамиме колку што е можно порано од самото чувство на сопствената телесност. Центарот на искуството да го преместиме надвор, да го ослободи духот од затворот на телото и да го доведеме во контакт со надворешниот свет."

И кај нас се увидува потребата за ран третман, за што сосема убедливо зборуваат резултатите на анкетата што ја спроведувавме, а која опфати 771 лице. Од тој број, 719 или 93,3% се изјаснија за неопходност од раниот третман.

На секое дете со пречки во развојот мора да му се посвети целосно внимание во раната возраст и да биде опфатено со ран дефектолошки третман, било:

- со патронажна работа во семејството, или
- институционално, во развојните советувалицшта, во специјализираните здравствени и рехабилитациони установи и во установите за предучилишни деца.

Се поставува прашање кога и како да се почне со раниот третман?

Од раѓањето па сè до третата година со детето мора да се работи само во семејството, за да не се издвојува детето од семејството, а со тоа истовремено да се овозможи и на другите членови на семејството да работат со детето. На пример, кога стручниот тим ќе утврди во развојното советувалицште дека детето има определена пречка во развојот или е воведено во картонот на ризичните деца, потребно е на родителите колку што е можно порано да им се даде соодветен план и програма за работа, особено родителите на малите деца треба да се упатат што и како треба да работат. Затоа е неопходно патронажен дефектолошки третман што подразбира работа со дефектолог во семејството, било да работи со хендикепираното дете директно или да работи на обучување на родителите и на другите членови на семејството давајќи им инструкции како и што да работат со својот хендикепиран член од едното до другото негово доаѓање.

Целта на патронажниот дефектолошки третман претставува помош на родителите во процесот на воспитувањето и образованието на хендикепираните деца, раното вклучување во рехабилитацијата и одржување на неговиот континуитет, како и помошта на детето при интеграцијата во пошироката социјална средина. Тој мора да биде стручен и заснован врз тимска работа.

Во својата патронажна работа дефектологот мора да се раководи од некои принципи, како што се: принципот на почитување на личноста и принципот на помош заради "самопомош".

Во исто време, покрај патронажната работа во семејството, мора да се организира и раниот институционален третман на децата со пречки во развојот, што почнува уште во развојното советувалицште и продолжува во установите на детската заштита или во другите здравствени и рехабилитациони институции, за да се обезбеди следење на развојот на детето и евентуална покомплексна корекција на развојот.

Најприкладна институција за следење и контрола на развојот и на развојните растројства, како и раната рехабилитација, се развојните советувалицшта при домовите за здравје, установите за ментално здравје и другите специјализирани здравствени и рехабилитациони установи,

што треба да се организираат во рамките на примарната здравствена заштита што им е најблиска на корисниците, зашто на тој начин се користи под најоптимални услови.

Целта на работата на развојните советувашишта, како и на другите стручни здравствени и рехабилитациони институции, на тој план е во рамките на мерките на примарната превенција да влијаат врз спречувањето на појавата на пречки во развојот. Тоа би се постигнало со спречување на дејствувањето на разните причини, односно фактори, што можат да доведат до пречки во развојот.

Во рамките на секундарната превенција би се дејствувало со мерки што имаат за цел да го ублажат степенот на пречките на развојот, што би се постигнало со навремена (ре)рехабилитација. Така би се спречувале појавите на секундарните растројства на развојот, а примарното растројство колку-толку би се ублажило и корегирало.

Со мерките на терцијарната превенција би се вршела корекција на веќе настанатите компликации (на пр. хируршко-ортопедски мерки со цел подобрување на оштетените моторни функции).

Задачите на сите стручњаци во развојните советувашишта и во другите здравствени и рехабилитациони институции би биле:

- рано откривање на децата со пречки во психофизичкиот развој;
- рано преземање на соодветни рехабилитациони мерки;
- рана дијагностика на растројствата на развојот и евидентирање на децата со растроен развој или на деца родени со фактори на ризик;
- помош во организирањето на патронажната работа и на предучилишното воспитување и образование на децата со пречки во развојот;
- помош во организирањето на специјалното основно и средно воспитување и образование на децата и младината со пречки во развојот;
- помош околу професионалната ориентација, рехабилитација и околу вработувањето.

*4. Предучилишното воспитување*, претставува составен дел на раниот третман, односно на неговиот континуитет во подготовката на децата со пречки во развојот за воспитно-образовен процес.

И покрај битните разлики што постојат меѓу децата со пречки во развојот, значајно е да се истакне дека тие разлики се подложни на менување и корегирање и дека развојот на овие деца, без оглед на категоријата пречки во развојот, се одвива по исти законитости на развојот што важат и за децата од општа популација. Меѓутоа, неопходно е на предучилишна возраст за сите хендикепирани деца (слепи, слабовиди, глуви, наглуви, телесно инвалидни, ментално ретардирани и повеќекратно попречени деца), да се обезбеди систем на рехабилитационо-корекционен и социјално-педагошки инструментариум на дејствување и обезбедување услови за задоволување на нивните потреби со цел за успешна рехабилитација.



Современите светски искуства говорат дека без организиран систем на работа со деца од предучилишна возраст останува органски и функционално нецелосен, во крајна линија и неефикасен систем на рехабилитација воопшто. Затоа е неопходно што порано да се почне со раниот третман на децата со пречки во развојот.

Секое дете се раѓа како немоќно суштество, на поради тоа му е потребна помош и заштита на возрастните, со цел да се овозможи неговиот физички, психички и социјален развој. Ако му е потребна ваквата грижа на нормалното дете, тогаш во далеку поголема мерка му е потребна на детето со пречки во развојот со оглед на неговите тешкотии во физичкиот, психичкиот и социјалниот развој.

За остварувањето на целите и задачите на воспитувањето, како интегрална општествена активност, на децата со пречки во развојот треба да им се даде максимална помош.

Основната разлика меѓу предучилишното воспитување на децата од општа популација и на децата со пречки во развојот се состои во следното:

- кај нормалното дете има единствен процес на воспитување со кој се насочува развојот на детето, но истовремено детето се подготвува за училиште;

- кај децата со пречки во развојот има двоен процес:

- а) воспитување како и кај нормалното дете, и

- б) клиничко-рехабилитационен третман, заради спречување, намалување и отстранување на пречките што го оневозможуваат развојот и ги ограничуваат можностите за остварување на целите и задачите на воспитувањето и образованието.

Програмски предучилишното воспитување на хендикепираното дете се состои од два дела: едукативно и клиничко.

*Едукацијниот дел*, во основа, се базира врз компонентите на програмата за редовно воспитување со тоа што по обем се усогласува со специфичностите и можностите на хендикепираното дете, односно на групата како целина. Него не треба да му го спротиставуваме на клиничкиот дел и да го идентификуваме со него, иако неговото планирање, програмирање и спроведување мора да биде на апсолутна и научно заснована корелација.

*Клиничкиот дел на програмата* ги опфаќа следните подрачја на развојот на детето: когнитивните процеси, комуникацијата, сензомоторниот развој, емотивно-волевата сфера и однесувањето.

Предучилишното воспитување треба да се спроведува во семејството, во редовните предучилишни установи заедно со другите деца (што се однесува на посебните случаи), во посебни групи или единици на редовните предучилишни установи и во посебните едукативни и клинички дефектолошки установи за рехабилитација (што се однесува на потешко попречените деца). Исто така, институционалното предучилишно воспитување може да биде целодневно, полудневно и патронажно.

Без оглед на обликот и организацијата на работата, основна ориентација во предучилишното воспитување на децата со пречки во развојот, може да биде:

1. Едукативниот и клиничкиот дел мора да се спроведуваат истовремено, со строго програмирање, со максимална корелација и со јасно дефинирање на задачите:

2. Препорачливо е детето на рана возраст да се задржи во семејството, при што е неопходно да се обезбеди стручна дефектолошка советодавна работа.

3. Да се применуваат оние облици на организација на работата со кои се обезбедуваат колку што може побрза и поуспешна интеракција на детето и средината.

4. Во текот на работата да се настојува да не дојде до идентификација, супституција или исклучување на едукативниот и клиничкиот дел, т.е. на предучилишното воспитување и раниот фундаментален третман.

Целокупната институционална дејност на предучилишното воспитување на децата со пречки во развојот (терапевтска, корекцино-воспитна, образовна и друга) треба да биде концентрирана на корекција и развој на сензомоториката, корекција и развој на интелектуалните функции (посебно на говорот), корекција на емоционално-волевите процеси и создавање навики и структурирање на однесувањето (социјализација). Насочено кон овие пунктови, специјализираното предучилишно воспитување на нормалните (здрави) деца, со оглед на бројните специфичности што не се однесуваат само на методско-дидактичниот пристап, туку и на содржината со која се оперира при таквиот пристап. Тука, пред сè, се мисли на строго планираната индивидуална терапија за секое дете (медикаментозна терапија, физиотерапија, функционална говорна терапија, музико терапија, терапија со игра, итн.), видот на активноста, нејзиното дозирање и тежина, прилагоденоста на детето, одржувањето на интересот, итн, а сè во согласност со потребите и можностите на секое дете одделно.

Потребата за создавање ефикасна, рационална и стручно организирана мрежа на предучилишни установи за деца со пречки во развојот е актуелна во дефектолошката теорија и практика која се стреми кон изградба на континуиран процес на воспитување и рехабилитација на овие деца, што не може да се реализира без помош на стручни и општествени организации.

### **Предлог мерки за организирање ран третман и предучилишното воспитување**

*1. Мерки што треба да се спроведат во здравствениите служби во врска со раното откривање, со раната дијагностичка и раниот третман.*

1. Во рамките на примарната здравствена заштита да се обезбеди следење на сите морбидни агенси (пренатални, перенатални и постнатални) за да се овозможи раното откривање и дијагностицирање

на пречките во развојот според установената практика на постојните развојни советувањата.

2. Во сите установи на здравствената заштита да се усогласат ставовите во раната дијагностика: да се изедначат дијагностичките критериуми и да се воведат обврската за формирање досиеја на детето во рамките на лонгитудиналното следење на развојот на детето од страна на педијатарот, психологот, дефектологот, невропсихијатарот, социјалниот работник, што претставува основа на раната рехабилитација и превенција на хендикепираноста.

3. Да се воведат обврската за евиденција на децата родени со фактори на ризик, како и обврската за следење на нивниот развој, што бара континуирана соработка и проток на информации од домот за здравје, преку медицинските центри до Републичкиот завод за здравствена заштита.

4. Дијагностицирањето на децата со пречки во развојот треба да се врши во установите на здравствената заштита и во другите рехабилитациони установи што располагаат со комплетна дијагностичка опрема и кои имаат тим на стручњаци од различни профили. Во практиката тоа би биле развојните советувањата, специјализираните здравствени установи и дефектолошки институции формирани за таа цел.

5. До третата година од животот, детето треба да се вклучи во организиран институционален и патронажен третман во рамките на соодветните установи, односно во патронажната дефектолошка служба, за да истото се подготви за воспитно-образовен предучилишен третман.

## *II. Мерки врзани за вклучување на децата со пречки во развојот во дейските градинки*

1. Децата со пречки во развојот можат да се опфатат со соодветна програма за работа во предучилишните организации, што значи дека е можно вклучување на лесно попречените деца во групите деца на општата популација (здрави деца), како и вклучување на тешко попречените деца во посебни детски групи во рамките на "редовните" предучилишни установи.

2. Во редовните групи можат да се вклучат, главно, благо хендикепираните деца. Така, во една детска група може да бидат вклучени едно до две такви деца, при што не е потребно да се намалува бројот на децата во редовната група. За бројот на децата во групата треба да се води сметка само тогаш ако во групата се вклучуваат и деца со изразен хендикеп, односно со комбинирани пречки. Во таквите случаи големината на групата би требало да се движи од 15 до 20 деца без оштетувања, а во неа се вклучува само едно дете со изразен хендикеп, односно со други комбинирани пречки во развојот.

3. Услов за успешно интегрирање на овие деца во редовните детски групи, покрај подготовката на непосредната околина и на колективот

во градинката, секако е и вклучување на дефектолог во работата на предучилишната установа. Задачата на дефектологот би била да им даде советодавна помош на воспитувачите во чии групи се наоѓаат хендикепирани деца, а исто така по потреба да работи и непосредно со тие деца.

4. Во предучилишните групи во кое е вклучено хендикепираното дете мора да биде нагласен принципот на насочена интеграција. Тоа значи дека треба што почесто да се организираат интензивни дружења на хендикепираните деца со други деца во истата група, првенствено низ играта. Исто така, пожелно е да се организираат дружења и со децата од другите групи и на тој начин, барем донекаде, на хендикепираното дете да му се олесни социјализацијата низ стекнување социјални искуства во градинката.

5. Една од задачите на воспитно-образовните организации е активната соработка со родителите на хендикепираните деца во процесот на воспитување на нивното дете.

6. Тешко ментално ретардираните деца (умерено, тешко и длабоко), глувонемите, слепите и децата со комбинирани оштетувања треба да се вклучат во посебни детски групи на редовните предучилишни установи. При формирањето на таквите детски групи потребно е да се раководиме од принципот на хомогеност на групата со оглед на доминантната пречка во развојот. За овие деца можат да се организираат и потребните специјализирани установи.

Посебните детски групи можат да имаат максимално 6 деца со тоа што бројот на децата во таквите групи варира, според одделен вид оштетувања. Во посебните групи при редовните предучилишни установи работат воспитувачи-дефектолози. За работа со овие деца потребно е да се обезбедат соодветни програми за работа.

### *III. Законска регулатива*

Како и за другите компоненти на современиот систем на интегралната рехабилитација на хендикепираните деца, така и за успешното спроведување на раниот третман и предучилишното воспитување е потребно законско и подзаконско регулирање на оваа материја.

Еве неколку конкретни предлози:

1. Во рамките на здравствената заштита е потребно да се создаде обврска за вршење на систематски прегледи на трудниците, како и водење регистар на децата родени со фактори на ризик, со цел да се обезбеди рано откривање, дијагностицирање и третман. На овој начин ќе се даде голем придонес на превенцијата на хендикепираноста, но и можност за започнување со ран третман.

2. Потребно е да се извршат измени и во регулативата околу процесот на дијагностицирањето, категоризацијата и евиденцијата на децата со пречки во развојот со интенција целокупната постапка да им

се довери на стручните институции, за да се отстранат сите сегрегативни обележја и да се обезбеди квалитетна дијагноза и прогноза.

3. Во Законот за предучилишно и основно училишно воспитување и образование треба да се внесат одредби што ќе овозможат вклучување на децата со лесни пречки во физичкиот развој со другите деца во редовните училишта, формирање групи за деца со потепки пречки во развојот при "редовните" предучилишни установи и специјалните основни училишта, со продолжен или целодневен престој во училиштето, при што е неопходно да се дефинираат критериумите врзани за: стручниот кадар, бројот на децата во групата, финансирањето, програмата за работа и друго.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ајдински Љупчо (1982) : Интегрална рехабилитација на ментално ретардирани лица, ЈКСД, Белград
2. Ајдински Љупчо, Соколовски Живко (1990) : Рани третман и предшколско воспитување Мирјана Знаор, Ментално ретардирана деца, Дефектолошки факултет, Београд
3. Ђорђевиќ Душан (1983) : Развојна психологија, Дечје новине, Горњи Милановац
4. Просветни гласник (1983) : Правилник о основама програма воспитно-образовног рада са ментално ретардираном децом, предшколског узраста, бр. 10
5. Стефановиќ Добрила (1980):Методологије ране дијагностике и рехабилитације деце ометене у психофизичком развоју, Институт за документацију заштите на раду, Ниш
6. Vila T. i sorabot. (1992) : Epidemiology of mental deficienci. The Safor studi (II) age at detektion, person making the diagnosis, medikal stidoes, An-Esp-Pediatr, 35(1), 31-35.

Ljupčo AJDINSKI

### **EARLY TREATMENT AND PRE-SCHOOL EDUCATION OF HANDICAPPED CHILDREN**

(Summary)

The rehabilitation of handicapped children is an unity of all the measures and actions necessary to be taken in order to remove or to reduce to minimum the consequences of the handicap over the child's psychophysical condition and to ease his/her involvement in the broader social environment.

The base of such a rehabilitation is realized in the early childhood. How many handicapped children will be included in the system of integral rehabilitation and how successful this rehabilitation will be, depends on the method

of organization of the early detection, diagnosis, early treatment and pre-school education as a fundamental element of the primary part of the system of protection and rehabilitation.

An early detection, diagnostic and an early treatment are represent only in some Macedonian regions, it is necessary to insist on expanding wide network of institutions with advisers and other experts, in the another bigger medical centers in Macedonia.

Beginning steps have been made in pre-school education for handicapped children an great efforts for acceptance of more children in the kindergarden are made.