

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

Институт за дефектологија

СКОПЈЕ

**ЗАСТАПЕНОСТА И СОСТОЈБАТА
НА ЛИЦАТА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ
ВО ЗАПАДНА МАКЕДОНИЈА**

Магистерски труд

Ментор:

Проф. д-р. Ристо Петров

Кандидат:

Христо Георгиевски

Јануари 2009

СКОПЈЕ

Овој труд не би бил таков како што е без искрената и целосна поддршка од мојот ментор Проф. д-р. Ристо Петров за што му изразувам посебна благодарност.

Се заблагодарувам на Проф. д-р. Владимир Трајковски за дадените насоки и сугестии при изработката на овој труд.

Посебно, огромна благодарност до моите родители, мојата сестра, мојата сопруга и моите деца Стефани и Александра, кои во текот на моето усовршување во изминатите години ми даваа морална, сестрана и материјална поддршка.

СОДРЖИНА

Вовед	1
I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	6
1. Дефинирање на проблемот и основните поими.....	7
1.1. Дефиниции за интелектуална попреченост	7
1.2. Дефиниции базирани врз тестирање на интелигенција	10
1.3. Дефиниции базирани врз недостатоците во социјалната адаптација.....	12
1.4. Дефиниции базирани врз основните причини за интелектуална попреченост	13
2. Релевантни истражувања	17
2.1. Класификација на менталната ретардација	17
2.2. Распространетост (преваленција) на интелектуалната попреченост	23
2.3. Етиопатогенеза на интелектуалната попреченост.....	29
3. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост.....	35
3.1. Карактеристики на лицата со лесна интелектуална попреченост	35
3.2. Карактеристики на лицата со умерена интелектуална попреченост	38
3.3. Карактеристики на лицата со тешка интелектуална попреченост	41
3.4. Карактеристики на лицата со длабока интелектуална попреченост	44
3.5. Лица со мултипни оштетувања	45
4. Деинституционализација	50
4.1. Поим, потреба.....	50
4.2. Процесот на деинституционализација во светот.....	52
5. Професионална ориентација на лицата со интелектуална попреченост	62
6. Работно оспособување на лицата со интелектуална попреченост..	63
7. Вработување на лицата со интелектуална попреченост.....	66
8. Установи за едукација, образование и рехабилитација на лица со интелектуална попреченост	69
8.1. Посебни основни училишта.....	69
8.2. Училишта за средно стручно образование и рехабилитација...	71
8.3. Завод за рехабилитација на деца и младинци - Топанско поле	74

8.4. Специјален завод - Демир Капија.....	76
8.5. Центри за дневно згрижување.....	78
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	81
1. Предмет на истражувањето.....	81
2. Цел на истражувањето	81
3. Задачи на истражувањето.....	82
4. Хипотези	83
5. Варијабли на истражувањето	85
6. Методи, техники и инструменти на истражување.....	86
7. Популација и примерок.....	86
8. Време на истражување	87
9. Статистички метод	88
III. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ	89
Заклучок	156
Предлог мерки	163
Користена литература.....	165
Листа на кратенки.....	175
ПРИЛОЗИ	176

Вовед

Односот кон проблемот на менталната ретардација низ историјата се движел од суеверно гледање до потполна рамнодушност. Се гледало со страв и почит, како и со потсмевање. Се сметало дека тоа се натприродни феномени.

За менталните болести се среќаваат записи уште во терапевтските папируси, на **Thebes** (Луксор) од Египет околу 1500 година п.н.е. Според описот тоа се болести кои се изразуваат со неспособност на свеста, на мислата и на телото како последица од оштетувањето на мозокот¹.

„Кога наредил цар **Hamurabi**, околу 1500 година п.н.е. во неговиот познат закон да се внесе нешто и за „душевно дефицитарните“, почувствувал дека во човечкото општество постојат и други неадаптирани луѓе“².

Многу мал напредок е направен во Грчкиот и Римскиот период кога почнале да согледуваат дека менталната ретардација е состојба која бара соодветен третман. Во Спарта на „идиотите“ се гледало со гнасење, а со законот на Ликург ментално ретардираните се фрлени во реката Еуретас.

Всушност сите основачи на религии: **Исус Христос, Буда, Мохамед и Конфучие** се залагале за хуман третман на ментално ретарди-

¹ Ајдински, Љ., (1982), „Интегрална рехабилитација на ментално ретардираните лица“, ЈКСД, Београд, стр.26-35.

² Ајдински, Љ., Ајдински, Г., Михаилов, З., (1999), „Основи на дефектолошка теорија и практика“, Скопје: Здружение на дефектолози на Македонија, стр. 178.

раните, на развојно неспособните или на немоќните лица³. Во средниот век, посебно во периодот на инквизицијата, душевно болните, ментално ретардираните се сметаат за продукт на ѓаволот. Таквите начини на размислувања се и причина за нехуманите и жестоки постапки кон овие болни од кои се обидуваа да го истераат ѓаволот со најтешки измачувања, па дури и со запалување.

Оние кои успеваа да ја избегнат смртта биле омаловажувани, исмејувани, а некои дури и чувани во куќите на богатите за разонода или биле вработувани како „шегачии“ во кралските дворови⁴.

Paracelzus (1493- 1541) проучувајќи го проблемот на менталната ретардација, укажува на врската меѓу генетските фактори и менталната заостанатост. **Felix Platter** (1536- 1614) швајцарски лекар во 1602 година ја опишува менталната инсуфициенција⁵. Кон крајот на средниот век, со прифаќањето на ставовите на Џон Лок⁶ започнува промената на односот и заедниците кон лицата со ментален хендикеп.

Модерната психијатрија почнува од **Phillipe Pinel** (1795) кој ги ослободил болните кои што биле оковани, им дал слобода и вовел во болниците за душевни болни и во Заводите за ментално ретардирани лица, работна и окупациона терапија⁷.

³ Sheerenberger, R. C., (1983), "A history of mental retardation", Baltimore: Brookes Publishing CO

⁴ Ајдински, Љ., (1982), "Интегрална рехабилитација на ментално ретардираните лица", ЈКСД, Београд, стр.26-35.

⁵ Irving Philips, (1996), "Prevention and Treatment of Mental Retardation", Basic Books Inc, New York London стр 4-10.

⁶ Doll, E. A., (1964), "Vineland Scale of Social Maturity, Minneapolis American Guidance Service".

⁷ Савиќ, Љ. (1993), "Настојање дефектологије у Европи". Приступно предавање на постдипломским студијама на дефектолошком факултету.

Кон крајот на VIII век започнува специјална едукација за ментално ретардираните лица. Пионер во оваа област е **Itard** чии сознанија покажале дека ментално ретардираните деца можат да бидат воспитувани.

Неговиот ученик **Eduard Seguin**, познат како „апостол на идиотите“, го формирал првото училиште за ретардирани деца во Париз (1837). Неговата работа претставува пресвртница во третманот на ментално ретардираните лица, а во 1842 година дава посебни одредби за водење на училиштето. Во 1864 година публикуира книга под наслов „Морално воспитание, хигиена и образование на идиоти и други заостанати деца“⁸.

Во наредните дваесеттина години, современиците на Seguin формираат слични училишта во Швајцарија, Германија, Данска, Англија и Америка.

Првото училиште за ментално ретардирани деца во Америка е основано од Samuel How во Масачусетс 1848 година, потоа прераснува во Колонија (1929) и хоспитализира 800 лица, добива огромни плантажи и комплетни училишта за едукација. Во истовреме Mrs. White и Dr. Commolly во Англија формираат слична институција во близина на Colchester, а во 1904 година тука се формира и специјална Комисија за контрола и грижа на ментално ретардираните⁹.

⁸ Ајдински, Љ., Ајдински, Г., Михаилов, З., (1999), „Основи на дефектолошка теорија и практика“, Скопје: Здружение на дефектолози на Македонија, стр. 179

⁹ Ајдински, Љ., (1982), „Интегрална рехабилитација на ментално ретардираните лица“, ЈКСД, Београд, стр. 26-35.

Со почетокот на XX век широката јавност добро се запознава со проблемот на ретардацијата. Се доаѓа до сознание дека ретардацијата е психосоцијален проблем од првостепено значење. Голема заслуга за таквото сознание има делото на француските психолози **Binet и Simon**. Тие направија систем на тестови кои укажуваат на разликите помеѓу нормалниот и абнормалниот интелект и помагаат во насочување на децата за социјално воспитание и образование, како и за рехабилитација. Нивниот систем на тестови со одредени модификации и ден денес се употребуваат.

Помеѓу Првата и Втората светска војна се направија пионерски напори во Словенија, Хрватска и Србија со формирање на помошни паралелки.

Меѓутоа вистинска грижа за ментално ретардираните во Македонија започнува по Втората светска војна, така што денес во Р. Македонија ментално ретардираните се одвоени од душевните болни и сместени во специјалните заводи и центри за дијагностика и третман од страна на дефектолози, логопеди, соматопеди, социјални работници, психијатри, психолози, педијатри и други стручни профили.

Ставот за полноправен член на ментално ретардираните во општествената заедница е промовиран со Декларацијата и со Резолуцијата донесена во Генералното собрание на ОН од 9 септември 1975 година, која цитира: **„дефектните лица имаат природни права на почитување на своето човечко достоинство, исти основни права како нивните сограѓани од иста возраст“**.

Денес, ментално ретардираните се рамноправни граѓани со загарантирано право на воспитание, образование, рехабилитација со професионална ориентација, оспособување и вработување.

1. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Менталната ретардација е сложен медицински, психолошки, воспитен и социјален проблем. Таа е состојба на спречен или недовршен развој на умот, што е посебно обележана со субнормалност на интелигенцијата¹⁰. Кога се зборува за ментална ретардација никогаш не се мисли на единствен ентитет. Таа се манифестира на различни начини во различни подрачја од развојот и во различни клинички форми. Од аспект на невропсихологијата¹¹, за менталната ретардација карактеристично е присуство на:

- Заморливост на вниманието, кое не може подолго време да се сконцентрира на волево поставената цел,
- Помнењето е емоционално обоено и селективно (насочени кон делови од реалноста),
- Просторно временските рамки се разградени и доживеани само парцијално,
- Овие деца не се способни од конкретните искуства сами да извлекуваат заклучоци на ниво на сознание,
- Искуствата стекнати на било кој план не може да се воопштуваат, па мислењето никогаш не се организира во рамките на полна кохерентност,
- Ментално ретардираните лица не се во состојба да го реорганизираат своето однесување и став спрема дадена ситуација. Во вакви услови ментално ретардираните лица обично применуваат

¹⁰ Morić- Petrović, S., (1987), "Psihijatrija", Medicinska kniga, Beograd- Zagreb, стр. 438.

¹¹ Бојанин, С., (1985), "Неуропсихијатрија развојног доба и општи реедукативни методи", Београд, стр. 146- 148.

стари, од порано научени шеми на однесување, кои не се во склад со моменталната ситуација.

Колку менталната ретардација е од потежок степен, толку наведените проблеми се посилно изразени. Често пати се јавуваат и други проблеми, како што се: епилепсија, телесни и сензорни оштетувања, тешки растројства на говорот.

1. Дефинирање на проблемот и основните поими

1.1. Дефиниции за интелектуална попреченост

Гледано од сите аспекти, менталната ретардација е посебно сложен проблем и сложено е и тешко нејзиното дефинирање. Различни автори, различно ја дефинираат менталната ретардација.

Според **С. Јакулиќ**¹² постојат пет основни критериуми за идентификација на менталната ретардација:

Прв критериум - менталната ретардација води потекло од развојниот период кој е лимитиран на 18 години.

Втор критериум - за дијагностицирање на менталната ретардација е интелектуалниот дефицит.

Третиот критериум - личноста што не ги исполнува барањата на средината е ментално ретардирана.

¹² Jakulić, S., (1993), "Medicinske osnove mentalne retardacije", Beograd :ZIU, стр. 21.

Останатите два критериуми се: органска основа на состојбата и неизлечивост на состојбата на менталната ретардација.

С. Николиќ (1990)¹³, дефиницијата на менталната ретардација ја засновува врз група критериуми и тоа:

- Врз клинички критериум- ретардираното дете покажува несмасно и инхибирано однесување, детски афективни растројства и слаба интелектуална способност.
- Врз психометриски критериум - тестовите на интелигенција покажуваат заостанување во интелектуалниот развој
- Врз социјални критериуми- ја дефинираат менталната ретардација со помош на критериуми на адаптација.

Од страна на **Љупчо Ајдински**¹⁴ се направени мошне успешно систематизирани согледувања, при што се истакнати голем број дефиниции на менталната ретардација од разни автори.

Tredgold¹⁵ дал биолошка дефиниција каде што менталната ретардација ја дефинира како „состојба на некомплетен ментален развој од таква природа и степен што личноста е неспособна за самоадаптација во нормалната средина на таков начин да одржи егзистенцијална независност без надзор, контрола и надворешна помош“.

¹³ Nikolić, S., (1990), "Mentalni poremećaji djece i omladine 2", , Zagreb: Skolska knjiga, стр. 122

¹⁴ Ајдински, Љ., (1982). "Интегрална рехабилитација на ментално ретардираните лица", Београд: ЈКСД, стр.26-35.

¹⁵ Tredgold, A. F., (1937), "A textbook on Mental Deficiency, Wood Baltimore", стр. 27.

Doll¹⁶ автор на Винеландовата скала, сугерира шест критериуми при дефинирањето на менталната ретардација:

- Социјално се неспособни;
- Интелектуално се под нормала;
- Растројството се јавува од раѓањето до раната младост;
- Заостануваат во созревањето;
- Состојбата е предизвикана од болест или херeditарен фактор;
- Ретардацијата е во основа неизлечива.

Sarason¹⁷ во 1965 година менталната ретардација ја дефинира на овој начин:

- Менталната ретардација им се препишува на оние лица кои поради привремени или долготрајни фактори, интелектуално функционираат под нормалата, но нивните социјални способности не се во прашање, или пак ако се во прашање, тогаш веројатно индивидуата е во состојба да научи да функционира независно и адекватно во својата средина.
- Менталната дефициентност се однесува на лицата кои социјално се неадекватни, како резултат на интелектуалниот дефект кој се рефлектира во слабеење на ЦНС, кој есенцијално е неизлечив.

Grossman¹⁸ (1973) - менталната ретардација ја означува снижување на нивото на интелектуалната функција, која истовремено егзис-

¹⁶ Doll, E. A. (1964). "Vineland Scale of Social Maturity, Minneapolis American Guidance Service".

¹⁷ Sarason, S. B. (1965), "Mental Retarded and Defective Children", New York, Prentice Hall, стр.27

¹⁸ Grossman, H. J. (1973), "Manual of terminology and classification in Mental Retardation", A. C. AAMD- Special Publication Series No. 2 Washington

тира со недостатоците во адаптивното однесување, а се манифестира во развојниот период.

Менталната ретардација најшироко може да се објасни како несразмерност помеѓу способностите на детето и барањата кои му ги поставува средината во која живее¹⁹.

Денес постојат три групи на дефиниции:

- Дефиниции базирани врз резултатите од тестирањето на интелигенцијата.
- Дефиниции базирани врз недостатоците во социјалната адаптација.
- Дефиниции базирани врз основните причини за ментална ретардација.

1.2. Дефиниции базирани врз тестирање на интелигенција

При дефинирањето на менталната ретардација врз основа на тестирање на интелигенцијата се поаѓа од способноста на испитаникот во изведувањето на стандардизираните тестови, што се основно мерило за менталниот статус на личноста. Така лицето со $IQ = 70$ се дефинира како ментално ретардирано лице. Основен недостаток на овие дефиниции е нивната апсолутистичка карактеристика. Се поставува прашањето: Дали е IQ апсолутна мера за интелектуалниот потенцијал на личноста? Огромен е бројот на случаите кои со тестирањето покажаа низок IQ , а кои постигнаа задоволувачки резултати на полето на општест-

¹⁹ Hrnjica, S., (1991), "Ometeno dete", Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, стр. 120.

вената приспособеност, што е негативна оцена на ваквото вреднување и дефинирање на менталната ретардираност.

Според **Д. Ѓорѓевиќ**: Денес се смета дека ретардираните деца претставуваат разновидна група во која IQ има определено место, но при секоја класификација се препорачува да се земе предвид и здравствената состојба на детето, семејните и културните услови во кои се развивало детето, како и одделни особини на личноста. Во прилог на ова, Valin споменува дека понекогаш доаѓа до нагли промени на интелигенцијата (изненадно опаѓа заради болест) за 20- 30 IQ единици. Во прилог на тоа одат и резултатите од истражувањето на децата од различни социјални и културни средини²⁰. Треба да се има предвид дека IQ претставува варијабилан параметар зависен, не само од ендогените туку и од егзогените фактори. Тој е многу поверодостоен за градирање на лица со просечна и натпросечна интелигенција отколку лица со помала интелигенција²¹.

Психијатријата е дисциплина која има соодветно место во дијагностичката постапка и во евалуацијата на менталниот статус на личноста, но и психичкиот статус и менталната зрелост не може да се утврдуваат исклучиво преку IQ, па таквото дефинирање на менталната ретардација е едноставно и дефициентно.

²⁰ Ѓорѓевиќ, Д. (1982), "Психологија ментално заосталих лица", Дечје Новине, Горни Милановац, стр. 30

²¹ Софијанов, Н.. (1985). "Заболување на нервниот систем во детската возраст", , Скопје: Македонска книга, стр. 162

1.3. Дефиниции базирани врз недостатоците во социјалната адаптација

Постојат повеќе дефиниции кои се базираат врз недостатоците во социјалната адаптација, од кои ги издвојуваме следниве:

Tredgold (1937): „Состојбата на некомлетниот ментален развиток е од таква природа и степен, што личноста е неспособна за адаптација во нормалната средина и на тој начин да ја одржи егзистенцијалната независност без надзор, контрола и надворешна помош“²².

Авторот **Bend**: „Ментално дефектно лице е лице кое е неспособно да управува со себеси или со својата работа или кое било учено да го направи тоа и кое бара надзор, контрола и грижа за својата сопствена заштита и за заштита на општеството“.

Овие две дефиниции го застапуваат мислењето дека ментално ретардираните лица се лица кои како возрасни се неспособни да водат независен живот. Сепак, и овие две дефиниции за менталната ретардација се еднострани и неприфатливи. Психата ја сочинуваат следниве компоненти: интелектуално психички процес, волево емоционална сфера и општествено однесување. Врз основа на само една од овие компоненти (способноста за адаптација) тешко може да се дефинира менталната ретардација.

²² Tredgold, A. F., (1937), “A textbook on Mental Deficiency Wood”, Baltimore, стр. 27

1.4. Дефиниции базирани врз основните причини за интелектуална попреченост

Lurija изнесува дека: „Ментално ретардираните деца се оние кои имаат прележани тешки мозочни заболувања во интраутериниот период или во раното детство настапиле растројства во нормалниот развој на мозокот и сериозни аномалии во менталниот развој“²³. Според ваквиот пристап и дефинирање, оштетувањето на мозокот, без оглед на етиологијата, е причина за ментална ретардација. Ова дефинирање на сложениот феномен на ментална ретардација не е комплетен и не може да се генерализира. Имено, познат е фактот дека постојат голем број на деца со оштетен мозок кои не се ментално ретардирани.

Американската Асоцијација за ментална ретардација (AAMD) во 1973 година ја усвои следнава дефиниција: „Менталната ретардација се однесува на интелектуалното функционирање значително под нивото на просечната популација, егзистирајќи паралелно со недостатоците во адаптивното однесување и манифестирајќи се за време на развојниот период“. Во оваа дефиниција се опфатени три критериуми: интелектуално ниво, способноста за адаптивно однесување и времето на настанување и со тоа, таа значи голем напредок. Но, во крајна линија и таа е некомплетна, бидејќи се ограничува само на три критериуми, а ги запоставува другите комплексни и мултидимензионални критериуми, како што се: етиологија, созревањето, психолошкиот и социолошкиот статус, физичкиот и општествениот статус²⁴.

²³ Lurija, A. R., (1983), *Osnovi neuropsihologija*, Nolit, Beograd, стр. 32

²⁴ Ајдински, Љ., Ајдински, Г., Михаилов, З., (1999), „Основи на дефектолошка теорија и практика“, Скопје: Сојуз на дефектолози на Македонија, стр. 184

Педагошки гледано се поаѓа од тоа дали детето е способно да се едуцира или не.

Според психолошкото дефинирање, кај менталната ретардација е недоволно развиена интелигенцијата и способноста за разбирање и судење. Основната карактеристика на психолошкото дефинирање е издвојување на менталната ретардација од хронолошката возраст на детето.

Основа на медицинското дефинирање на менталната ретардација е растројството на морфологијата на нервните клетки на мозокот. Таа е тешка и непоправлива, без оглед дали настанала како последица на биолошката тенденција кон промена, покрај недоволната потенцијалност за созревање или поради определени повреди.

Во медицински контекст се наведува **дефиниција на СЗО:** „Менталната ретардација е состојба на запрен или непотполн психички развој кој особено се карактеризира со нарушување на оние способности кои се појавуваат во текот на развојниот период и кои придонесуваат на општото ниво на интелигенција, како што се когнитивните, говорните, моторните и социјалните способности²⁵ .

Според Правилникот за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот и психичкиот развој, под ментално ретардирани деца и младинци се подразбираат „деца и младинци со потпросечно интелектуално функционирање што се јавува во развојниот период и е проследено со лошо социјално однесување и отежната соци-

²⁵ исто стр. 185

јална интеграција и кои според резултатите од испитувањето на интелигенцијата имаат коефициент IQ од 0 до 70²⁶.

Американската асоцијација за ментална ретардација (AAMD) ја ажурирала дефиницијата за интелектуална попреченост 10 пати од 1908 година. Во 2002 год ја објави 10-тата ревизија и таа го преставува класификацискиот систем 2002. Тој систем е развиен од интернационален комитет од дефектолози, лекари, психолози, истражувачи, даватели на услуги. Овој систем го надградува системот на ААМР од 1992 год и обезбедува пошироки критериуми за дијагноза и класификација на менталната ретардација.

Системот 2002 бил развиен врз основа на следните премиси²⁷:

1. Менталната ретардација е карактеризирана со значителни ограничувања во секојдневното функционирање кои се први присутни за време на развојниот период;
2. Попреченоста е замислена како значаен проблем во функционирањето и е окарактеризирана со забележливи и тешки проблеми во капацитетот или можностите за добро функционирање;
3. Процената на адаптивното однесување треба да се поврзе со типичните перформанси на индивидуата за време на дневните рутини и променливи околности, а не со максималните перформанси;
4. Интелектуалното функционирање се уште е најдобро претставено со IQ бодовите кога се добиени со соодветни дијагностички инструменти;

²⁶ исто стр. 185

²⁷ Трајковски. В., (2008), “Медицински основи на инвалидноста”, Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.48.

5. Класификациските системи можат да бидат користени за различни цели за подобро спроведување на различните потреби на индивидуата и нејзиното семејство, истражувачите, клиничарите и практичарите;
6. Причините за применување на дефиницијата МР за лицето се мултипни и можат да вклучуваат дијагноза, класификација и планирање на поддршката;
7. Клиничката процена игра важна улога во дијагнозата, класификацијата и планирањето на поддршката.

Според системот на класификација 2002 менталната ретардација се дефинира²⁸ како попреченост карактеризирана со значителни ограничувања во интелектуалното функционирање и адаптивното однесување кои се одразуваат во концептуалните, социјалните и практичните адаптивни вештини и појавување на попреченоста пред 18 годишна возраст.

²⁸ исто стр. 48

2. Релевантни истражувања

2.1. Класификација на менталната ретардација

Процесот на класификација на децата почнува уште од најстаро време. Неговото еволуирање оди паралелно со еволуирањето на самото човечко општество.

Според **Љ. Акимовиќ**, класификацијата на децата има поминато низ 4 фази и во сите фази го задржала својот изразено класно-историски карактер.

Во првата фаза класификацијата на децата се врши според потеклото. Право на школување имале само децата на црковната и световната аристократија. Со појавата на приватните училишта кај Грците и Римјаните класификацијата добива друг облик, но и понатаму го задржува класниот карактер. Таа сега се врши според имотната состојба (II фаза). Училиштата можат да ги посетуваат децата на имотните родители, кои се во состојба да плаќаат големи школарини и да го издржуваат педагогот (робот, детски придружник). Овој вид на класификација се разликува од претходниот по тоа што сега училиштата стануваат малку помасовни, зошто ги посетуваат и децата на богатите родители, кои не му припаѓаат на редот на црковната или на световната аристократија.

Во третата фаза класификацијата се врши според детската возраст. Децата што се родени во иста година се наоѓаат на ист школски степен и се сметаат за деца со исти способности. Во оваа фаза децата на сиромашните родители немаат право на школување. Дури со Француската револуција е воведено општо право на школување. Но, се уште

нема класификација на децата според психичките способности, бидејќи сега поимот на политичка рамноправност се идентификува со поимот на природна еднаквост, што во основа е погрешно.

Кон крајот на XVIII век и почетокот на XIX век, со развојот на природните науки, се увиде дека децата се разликуваат меѓусебно, како со физичките, така и по психичките способности. Тоа придонесе за поправилно гледање на училишните деца и ја обуслови класификацијата според психичките способности (IV фаза).

Во тој поглед, според Љ. Аќимовиќ има главно 3 групи ученици:

- Посебно надарени;
- Просечни (нормални);
- Психички заостанати (кои не можат да ја следат наставата паралелно со своите другари).

Последните се воспитуваат и образуваат во специјални училишта и во воспитни установи, кои по содржина на работата и примената на современи педагошки принципи во многу нешта се разликуваат од масовните училишта и од воспитните установи.

Во дефектологијата (во олигофренологијата) е потребна класификација. Но, се поставува прашањето, каква? Критериумите за класификација се најразлични. Според етиолошко - медицинската класификација, Американската Асоцијација за ментална ретардација (AAMD)²⁹, менталната ретардација ја класифицира во 9 групи:

1. Ментална ретардација предизвикана од инфекции и интоксикации.

²⁹ Charles Cars Cleland, (1978), "Mental retardation a Developmental Approach Prenetice Hall inc"., Englewood Ciliffs, New Jersey, стр. 14

2. Ментална ретардација предизвикана од трауматизам или физички агенси.
3. Ментална ретардација предизвикана од растројства на метаболизмот или недоволна исхрана.
4. Потешки мозочни заболувања.
5. Непознати пренатални причинители.
6. Хромозомопатија.
7. Растројства настанати за време на бременост.
8. Ментална ретардација што ги придружува и психијатриските растројства.
9. Ментална ретардација настаната под влијание на животната средина.

Според степенот на ретардација, ААМД менталната ретардација ја класифицира во 4 нивоа, што може да се види од табелата:

Ниво на ментална ретардација	Коефициент на интелигенција	
	Stanford- Bine scales	Wechster scales
лесна	68- 52	69- 55
умерена	51-36	54- 40
тешка	35-20	39- 25
најтешка	19 и под	24 и под 0

Најраспространети класификации се од аспект на медицината, дефектологијата, педагогијата, социологијата, но и класификации од повеќе аспекти истовремено.

Една од постарите класификации за менталната ретардација која и денес понекогаш се користи во медицината е поделба на ментално ретардираните лица на:

- Дебили;
- Имбецили;
- Идиоти.

Според **Американската Педагошка класификација**, ментално ретардираните лица се класифицираат во три групи:³⁰

- Ментално ретардирани лица кои можат да се едуцираат;
- Ментално ретардирани лица кои можат само да се тренираат;
- Ментално ретардирани лица на кои им е потребна трајна грижа и заштита и кои не се способни ни за едукација ни за тренинг.

Според **Руската дефектолошка школа** во однос на етиопатогенезата, олигофрените деца се делат на 4 групи:³¹

- Деца со периферни оштетувања на кората на големиот мозок, со зачуваност на субкортикалните центри и без промени во ликворот;
- Деца со изразени невро - динамични растројства;
- Деца со локални растројства во темено-тилното подрачје на левата хемисфера;
- Деца со неразвиеност на доминантните челни резони.

³⁰ Ајдински, Љ., Ајдински, Г., Михаилов, З., (1999), "Основи на дефектолошка теорија и практика", Скопје: Сојуз на дефектолози на Македонија, стр. 191

³¹ Исто стр. 191- 192.

Сите овие случаи спаѓаат во групата на олигофрени деца, чија состојба е предизвикана од дифузно оштетување на мозокот.

Во менталната ретардација, **Руската школа** ги вклучува уште децата кои заостануваат во менталниот развој поради други фактори. Нив ги класифицира во 4 групи:

1. Деца кои заостануваат во менталниот развој поради церебрален трауматизам.
2. Деца кои заостануваат во менталниот развој поради епилепсија.
3. Деца кои заостануваат во менталниот развој поради шизофренија.
4. Деца кои заостануваат во менталниот развој поради церебрална астенија.

Според Новата класификација на **СЗО** менталната ретардација се дели на следните поткатегории:³²

- Лесна ментална ретардација 50- 69 IQ;
- Умерена ментална ретардација 35- 49 IQ;
- Тешка ментална ретардација 21- 34 IQ;
- Длабока ментална ретардација под 20 IQ.

Во оваа класификација СЗО ги вбројува и:

- Друга ментална ретардација- кога е тешко да се процени IQ со вообичаените процедури поради здружени оштетувања.
- Специфична ментална ретардација- со недоволни информации неопходни за да се распореди лицето.

³² WHO, The ICD- 10 Classification on Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva, 1992

Дефектолошка класификација ги дели ментално ретардираните лица врз основа на способностите за рехабилитација³³, а социолошката класификација се однесува на степенот на социјализацијата кој може да се постигне кај одредени облици на ментална ретардација.

Според Правилникот за оцена на специфичните потреби кај лицата со пречки во психичкиот или физичкиот развој (**Службен весник на Р.М. бр. 30/2000**), член 10 став 2 и 3 е наведено дека лицата со пречки во психофизичкиот развој се распоредуваат во 4 групи:

1. **Лица со лесна попреченост во психичкиот развој** кои постигнуваат количник на интелигенција од 51 до 70 и на кои им се потребни посебни услови за воспитание, образование, професионално односно работно оспособување.
2. **Лица со умерена попреченост во психичкиот развој** кои постигнуваат количник на интелигенција од 36 до 50 и кои се во состојба да се стекнуваат со елементарни навики и да се грижат за своите основни потреби, да се оспособуваат за поедноставна работа и кои можат да се прилагодуваат на основните барања на општествениот живот.
3. **Лица со тешка попреченост во психичкиот развој** кои постигнуваат количник на интелигенција од 21 до 35 и се со многу ограничени умствени способности, а во состојба да ги усвојуваат елементарните хигиенски навики и навики за самопослужување, како и да се вклучуваат во некои наједноставни активности.

³³ Трајковски, В., (2008), "Медицински основи на инвалидноста", Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.47.

4. Лица со длабока попреченост во психичкиот развој кои постигнуваат количник на интелигенција помалку од 20 и се со крајно ограничени способности за активности и се во потполност и трајно упатени на помош и грижа од страна на други лица.

Овие одредби од Правилникот се применуваат во секојдневната практика во установите во Р. Македонија кои се овластени да даваат наод и мислење за видот и степенот на менталната ретардација, како и за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во психофизичкиот развој. Врз таа основа се спроведува распоредувањето односно категоризацијата на овие лица.

2.2. Распространетост (преваленција) на интелектуалната попреченост

Податоците за распространетоста на интелектуалната попреченост од земја до земја се разликуваат. Според СЗО околу 1- 3% од вкупното население се интелектуално попречени.

Во истражувањето што е спроведено од страна на Влада на агенција во САД 1985 год, пронајдени се 2- 3% на интелектуално попречени лица во вкупната популација, додека во рамките на училишната популација тој процент изнесува 1,5%.

Распространетоста на интелектуално попречените лица во одделни држави според Добрев³⁴ (1995) се следните: во САД 3%, во Велика

³⁴ Добрев, З., (1995), "Умствено и заостали лица", Софија: Просвета

Британија 1%, во СССР (поранешен) 1%, во Франција 1,39%, во Холандија 1%, во Шведска 0,5%, во Данска 0,428%, во Чешка 3,3%, во Унгарија 2,3% итн.

Според една студија направена од Tammi Reynolds и Mark Dombek, двајца од секој сто луѓе ги исполнуваат критериумите за ментална ретардација, односно 2,3% од целата популација се ментално ретардирани³⁵. М. Beck- Dvorzak и В. Poljak (1959) во целата популација во Хрватска, интелектуално попречените се застапени со 2,88%, во Србија според В. Radojčić³⁶ интелектуалната попреченост е застапена со 1%, во Македонија, според Љ. Ајдински³⁷ интелектуалната попреченост е застапена со 0,8% во општата популација и до 2-3% во популацијата на училишни деца.

Во однос на полот, врз основа на резултатите на различни студии S. Jakulić³⁸ смета дека интелектуалната попреченост е почеста кај машкиот пол и тоа во однос 2:1.

Преваленцијата³⁹ означува вкупен број на ментално ретардирани во популацијата изложена на ризик во одредена единица време.

Менталната ретардација се јавува два пати почесто кај мажите од жените со интермитентна поддршка. Кај лицата што имаат потреба од

³⁵ Prevalence of mental retardation
http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.

³⁶ Радојичиќ, В., (1973), "Клиничка неурологија", Београд- Загреб: Медицинска книга, стр. 502.

³⁷ Ајдински, Љ., (1982), "Интегрална рехабилитација на ментално ретардираните лица", Београд: ЈКСД, стр.26-35.

³⁸ Jakulić, S., (1993), "Medicinske osnove mentalne retardacije", Beograd: ZIU, стр. 21.

³⁹ Трајковски, В., (2008), "Медицински основи на инвалидноста", Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.58.

екстензивна поддршка тој однос изнесува 1,5:1. Се смета дека ова се должи на X- врзаните заболувања, како што се фрагилниот X синдром⁴⁰.

Семејството кое има дете со ментална ретардација заради неонатален менингитис нема зголемен ризик за идно дете со ментална ретардација, но жена која има дете со фетален алкохолен синдром има ризик од 30%-50% да роди дете со ментална ретардација ако продолжи со консумирањето на алкохол.

Преваленцијата на ЛМР не покажува пад со годините на старост на примерокот, бидејќи нивната смртност е за 0,06% повисока од нормалната популација, додека преваленцијата на ТМР покажува пад со годините на старост поради високата смртност на овие деца. Голем број ТМР речиси 9 од 10 имаат IQ под 25 и умираат пред 5-тата година, а 1 до 2 деца со IQ од 25-50 умираат до 5-тата година⁴¹.

Епидемиологијата како самостојна медицинска гранка се менувала во текот на својот развој со проширување на видот, предметот и методот на изучување. Се менувало сфаќањето за епидемиологијата што условувало голема разновидност и конфузија во нивното дефинирање.

Во 1960 година се одржува Меѓународен симпозиум во Прага, при што епидемиологијата ја дефинираат како самостојна гранка на медицинската наука која се занимава со изучување на причината, појавата и ширењето на заразни болести во човековото општество, приме-

⁴⁰ Исто стр. 61.

⁴¹ Исто стр. 62-63.

нувајќи стекнати знаења за борба, превенција и конечно уништување на овие болести⁴².

Во клиничката медицина основна единица на набљудување е заболениот човек додека во епидемиологијата е група, колектив или одредена популација без оглед на интензитетот и манифесноста на епидемскиот, инфективниот и патолошки процес.

Основни задачи на епидемиологијата се:

- Да ги изучува факторите кои влијаат на состојбата на здравјето и болестите;
- Да ја изучува појавата и раширеноста на болестите во популацијата спрема значајни карактеристики на домаќинот, предизвикувачот и околината;
- Да собира, средува и анализира постоечки податоци за болестите и патолошките состојби заради планирање, изучување, и спроведување мерки на заштита;
- Да организира теренско испитување за заболувањата и патолошки состојби;
- Да предлага ефикасни, рационални и приоритетни мерки за превенција и сузбивање на масовните болести и оштетувања;
- Да ја проценува ефикасноста и оправданоста на превентивните мерки.

Крајна цел на епидемиологијата како и на медицината воопшто е да го ослободи светот од болести и страдања. Епидемиологијата својата успешност ја изразува во спречување на појавата и во рано сузбивање.

⁴² Epidemiology- definition of epidemiology
<http://www.thefreedictionary.com/epidemiology>

Во праксата цел на епидемиологијата е⁴³:

- Ерадикација на одредени болести;
- Ликвидирање на одредени болести и патолошки состојби;
- Снижување на морбидитетот на одредени болести;
- Снижување на леталитетот;
- Спречување на инвалидност т.е. неспособност;
- Спречување на последици од болести.

Во источно европските земји прифатена е поделбата на општа и специјална епидемиологија. Во општата епидемиологија се изучуваат општите закони на епидемскиот и инфективен процес, општи карактеристики на изворот на зараза, патиштата на пренесување. Во специјалната епидемиологија се изучуваат заразните болести поединечни, разврстени во групи.

Епидемиологијата според предметот на изучување се дели на теоретска и практична односно кабинетска и теренска⁴⁴.

Истражувањата во епидемиолошка смисла може да бидат трансверзални и лонгитудинални. Трансверзалните истражувања ја отсликуваат состојбата во определен момент, додека лонгитудиналните истражувања се однесуваат на пократок или на подолг период и може да бидат ретроспективни и проспективни⁴⁵.

Науката која се занимава со околностите под кои доаѓа до заболувањата, факторите кои влијаат на појавувањето и ширењето на болестите и ги применува овие сознанија во превенцијата се вика

⁴³ Babus, V., (1997), "Epidemilogija", Zagreb: Medicinska knjiga, str.4

⁴⁴ <http://www.answers.com/topic/epidemiology>

⁴⁵ Пејковска- Каева, М., (2004), "Ментална субнормалност", Кичево: Графомак, стр.50.

епидемиологија. Епидемиологијата има мултидисциплинарен карактер и ги користи најчесто следните методи:

1. Дескриптивен метод;
2. Аналитички метод;
3. Експериментален метод.

Цел на епидемиологијата на менталната ретардација се⁴⁶:

1. Го проучува движењето на МР кај жителите, со помошта на показатели: инциденција, преваленција, морталитет и др.
2. Ја проучува честотата на појавата на МР во една популација, заради преземање на одредени мерки како што се: превентивни, тераписки и рехабилитациски.
3. Врши идентификација на поблагите видови на МР заради рано лекување и рана рехабилитација.
4. Ја проучува партиципацијата на факторите од значење за појавата на МР како што се: биолошките, наследните, психолошките и социјалните.
5. Ја проучува организацијата на медицинската и дефектолошката служба и нејзината усогласеност со потребата и можностите на општеството, како и нејзината ефикасност на подрачјето на превенцијата, лекувањето и рехабилитацијата.

Во епидемиологијата можни се три класични истражувачки стратегии и кои имаат свои предности и недостатоци. Стратегиите се:

- Кохортни (засновани на регистер) студии: субјектите се класифицираат врз база на присуство или отсуство на екс-

⁴⁶ Трајковски, В., (2008), “Медицински основи на инвалидноста”, Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.57.

позиција на одреден фактор и се следат одреден период на време за да се види дали ќе се развие заболувањето кај нив.

- Студии на пресек: се истражуваат каде популацијата не се следи во текот на времето, туку се проценува одреден пресек на времето. Тие се снимка за здравствената состојба на популацијата.
- Студии случај - контрола: тука субјектите се селектирани врз база на тоа дали тие имаат одредено заболување или немаат. Потоа групите меѓусебно се споредуваат во однос на одредена карактеристика. Ваквите студии се мошне корисни во евалуацијата на ретките заболувања и дозволуваат испитување на болести со многу долг латентен период. Селекцијата на случаите и контролите мора да биде направена многу внимателно за да се избегне било каква можност за грешка во изборот на групите⁴⁷.

2.3. Етиопатогенеза на интелектуалната попреченост

Причините кои доведуваат до интелектуална попреченост се разновидни и вклучуваат делување на надворешни чинители и фактори на наследство, како и нивната интеракција⁴⁸.

⁴⁷ Трајковски, В., (2008), "Медицински основи на инвалидноста", Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.58-59.

⁴⁸ Morić- Petrović, S., (1987), "Psihijatrija", Beograd- Zagreb: Medicinska kniga, стр. 440.

Според етиопатогенетските фактори се разграничуваат две групи на попреченост: семејна или социокултурна попреченост и органска попреченост⁴⁹.

Семејна или социокултурна попреченост е последица на неспецифичните интеракции помеѓу генетските и срединските услови. Се среќава, почесто, во понизок социјално-економски слој на населението и често во семејството уште некој член функционира на пониско интелектуално ниво.

Органската попреченост е последица на делување на надворешните фактори. Многу фактори можат да доведат до манифестирање на намален ментален капацитет кај децата. За жал, многу често тие не можат да се откријат. Само кај 25-35% од децата со ментална ретардација можно е да се определат точно етиолошките фактори.

Основните фактори за менталната ретардација може да се поделат во три големи групи: пренатални, перинатални и постнатални⁵⁰.

Пренатални фактори

А. Генетски фактори

1. Мултифакторијална субнормалност
2. Состојба предизвикани од мутации на гени
 - Растројства на метаболизмот на протеини, масти, јаглени хидрати и монополисахариди;
 - Демиелизирачки заболувања на мозокот.
 - Конгенитални ектодерматози;

⁴⁹ Hrnjica, S., (1991), "Ometeno dete, Zavod za udzbenike i nastavna sredstva", Beograd, стр. 120.

⁵⁰ Софијанов, Н., (1985), "Заболување на нервниот систем во детската возраст", Скопје: Македонска книга, стр. 163

- Некои состојби на кранијални аномалии;
- Други помалку дефинирани состојби.

3. Хромозомски аберации

- Со засегнување на автосомните хромозоми;
- Со засегнување на половите хромозоми.

Б. Надворешни фактори одговорни за создавање на ембрио-фетопати

1. Инфекции на мајката и фетусот;
2. Озрачување на плодот;
3. Тешка малнутриција на мајката;
4. Конзумација на лекови во гравидитетот;
5. Хипотироидизам кај мајката;
6. Други помалку дефинирани фактори, кои предизвикуваат абнормалности на плацентата, еклампсија, прематурност.

В. Комбинирано дејство на генетски и надворешни фактори

1. Конкомитантно делување;
2. Создавање на фенокопии.

Перинатални фактори

1. Асфиксија- аноксија;
2. Породилни фактори;
3. Инфекции;
4. Хипогликемија;
5. Хипербилирубинемија.

Постнатални фактори

1. Инфекции на ЦНС;
2. Церебрални трауми;
3. Труења;
4. Акутни, тешки дехидратации;
5. Постимунизациона енцефалопатија.

Комплексноста и недоволната дефинираност на причините за менталната ретардација предизвикуваат многу различности во поглед на етиолошките аспекти, како и шаренило во теоретските обработки на етиолошките фактори на менталната ретардација.

Според **Американската асоцијација за ментална дефициентност (AAMD)**⁵¹ постојат девет категории на причинители на менталната ретардација:

1. Инфекции и интоксикации;
2. Трауми и физички агенси;
3. Метаболизмот и исхраната;
4. Потешки мозочни заболувања;
5. Непознати пренатални причини;
6. Хромозомска абнормалност;
7. Породилни растројства;
8. Психијатриски растројства;
9. Околностите на животната средина.

⁵¹ AAMD News and Notes, VII- VIII, 5/4, 1992, стр. 49- 51

Во непознати пренатални причини за менталната ретардација се вбројуваат определен број конгенитални малформации на мозокот или на черепот. Кај поголем број случаи причините се непознати, а некои од нив имаат евидентна генетска база.

Породилни растројства: тоа се чисто органски причини за ментална ретардација. Како најважно, што понекогаш предизвикува ментална ретардација е прераното породување (недоносеност), кога детето е помало од 2,5 kg. Според резултатите од истражувањето на Винер, децата со тежина 1,5- 2 kg, покажуваат коефициент на интелигенција за 6,2 понизок од нормалното. Меѓутоа, резултатите од поголем број истражувања покажуваат дека недоносеното дете во подобра економско-социјална средина, не покажува знаци на заостанување, а уште помалку на ретардација.

Хромозомски аберации: се делат на:

- Нумерички (промена на бројот на хромозомите кај една индивидуа);
- Структурни (промени во структурата и изгледот на хромозомите).

Сите тие се јавуваат како причинители на синдром со ментална ретардација. Меѓу почестите хромозомопатски синдроми се: Syndroma Down (Trisomia 21), Syndroma Edwards (Trisomia 18), Syndroma Patau (Trisomia 13), Syndroma Turner, Syndroma Klinefelter⁵².

⁵² Софијанов, Н., (1985), “Заболување на нервниот систем во детската возраст”, Скопје: Македонска книга, стр. 166- 171.

Мутациите на еден ген можат да доведат до МР или различни фенотипови здружени со МР, во зависност од функцијата на мутира- ниот ген. Постојат:

- **Автосомна доминантна ментална ретардација** - пациентите со АД форма на ментална ретардација најчесто се последица на но- ви мутации, како што се лицата со Rubinstein- Taybi синдромот⁵³. Ова нарушување се карактеризира со задоцнет развој, карак- теристична фацијална експресија, големи прсти и др. Полесните форми на АД ментална ретардација со варијабилна фенотипска експресија можат да останат скриени, ако лицата се лесно забо- лени, а нивната дијагноза ќе биде можна само по идентификација на нарушувањето кај потешко заболени член од семејството.
- **Автосомно рецесивна ментална ретардација** - често се забеле- жува кај метаболни нарушувања, каде што губење на функцијата на двете алели води до ниски нивоа на ензимите кои предизви- куваат нарушена функција на органите⁵⁴. Фенилкетонуријата е вродена грешка во метаболизмот, што е последица на дефицит на ензимот фениланин хидроксилаза и претставува најчеста причина за АР ментална ретардација.
- **Х- врзана ментална ретардација**- Х- врзани форми на МР се проценува дека предизвикуваат 10-20% од сите наследни случаи со МР и ова обично се случува со фреквенција од 1 на 600 мажи. До 2001 година се опишани најмалку 209 различни нарушувања со Х- врзана ментална ретардација. Од нив 140 форми се со син-

⁵³ Трајковски, В., (2008), “Медицински основи на инвалидноста”, Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.73.

⁵⁴ Исто стр. 73.

дромска ментална ретардација, а од нив се идентификувани 27 гени причинители. Многу од нарушувањата со X- врзана ментална ретардација се забележани само кај ограничен број на пациенти. Преваленцијата на многу мутации е толку ретка, што изгледа дека некои семејства си имаат своја приватна мутација. Заради тоа, ниту една од овие мутации не може да се смета за кандидат за рутински испитувања, со исклучок на ЦГГ повторувањата кај фрагилен X синдром и веројатно A140V мутацијата кај МЕСР2 генот.

3. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост

3.1. Карактеристики на лицата со лесна интелектуална попреченост

Децата со интелектуална попреченост имаат исти основни физиолошки, социјални и емоционални потреби како и останатите деца. Нивниот развој ги следи истите законитости на развојот кои важат за децата од општата популација, но темпото му е изразено забавено, а според степенот на ретардацијата ограничено или лимитирано⁵⁵.

Специфичностите во развојот на овие деца се гледаат во должината на траењето на секоја од развојните фази. Овие деца имаат и опре-

⁵⁵ Ајдински, Г. (2000), "Карактеристики во развојот кај лесно ментално ретардираните ученици", Куманово: Македонска ризница, стр. 44

делени карактеристики кои се разликуваат од оние кај нормалниот детски развој.

Интелектуално попреченото дете, според мислењето на Ј. Бала и Ј. Новак, го карактеризираат различни пречки во развојот чија застапеност и чиј степен варираат. Овие пречки некогаш се препознаваат веднаш по раѓањето или се забележуваат доцна, кога ќе се забележи дека детето не се однесува како што е вообичаено за неговата возраст. Пречки во развојот се јавуваат во вид на:

- Недостаток на моторна контрола и слаба координација;
- Сензорни пречки од различен степен;
- Забавен развој на јазикот и говорот;
- Оштетување на сознајните функции.

Одложено досегање и подолго траење на одделните фази на развојот, придружени со поголеми тешкотии во надминувањето на критичните фази на развојот и зголемената зависност од околината, го карактеризираат развојниот процес на ментално ретардираното дете.

Општи карактеристики на лесно ментално ретардираните деца според СЗО (ICD- 10, 1992):

„Лесно интелектуално попречените лица го учат говорот со извесно задоцнување, но најголем број се оспособуваат да го користат говорот во секојдневниот живот за конверзација. Повеќето од нив успеваат во потполност да се грижат за себе (исхрана, перење, облекување и др.) и независни се во практичните и домашните работи, дури и тогаш кога темпото на развој е под нормала. Главните тешкотии се појавуваат во школувањето и многумина имаат посебни проблеми во читањето и

пишувањето. Сепак, образованието кај лесно интелектуално попречените лица е од голема помош, кое има за цел да ги развие нивните способности и да го компензира нивниот хендикеп. Повеќето од нив, оние кои припаѓаат на повисоките нивоа на лесна ментална ретардација, можат да се оспособат за работи во кои повеќето се бараат практични отколку академски способности, вклучувајќи ги неквалификуваните или полуквалификуваните мануелни работи.

Во социјалниот контекст, кој бара мали академски достигнувања, извесен степен на лесна интелектуална попреченост не мора сам по себе да претставува проблем. Меѓутоа, ако истовремено постои забележителна емоционална и социјална незрелост, последиците од хендикепот, т.е. неспособноста од снаоѓање во бракот или семејството на децата или тешкотиите во вклучувањето на културните тенденции и очекувања, ќе бидат препознаени.

Емоционалните, социјалните и проблемите во однесувањето кај лесно интелектуално попречените лица и потребата за третман која произлегува од нив, се слични со оние што постојат како кај лицата со нормална интелигенција“.

Врз основа на многуте карактеристики кои ги истакнуваат некои автори, Gearheart, Weishahn и Gearheart сметаат дека карактеристиките на лесно ментално ретардираните лица се сведуваат на:

- Индивидуално - социјален дефицит;
- Генерална академска ретардација - тешкотии во совладувањето на училишната програма;
- Дефицит во меморија;
- Говорните способности се под возраста;

- Способноста за генерализација и концептуализација е под просек.

3.2. Карактеристики на лицата со умерена интелектуална попреченост

Лицата со умерена интелектуална попреченост имаат исти основни физиолошки, социјални и емоционални потреби како и лицата со нормален развој.

Нивниот развој ги следи општите законитости на развојот кои важат и за нормалната популација, но темпото на развој е забавено, а според степенот на ментална ретардација ограничено.

Лицата со умерена интелектуална попреченост на правилно стандардизирани тестови за интелигенција достигнуваат ориентационен коефициент на интелигенција во рамките од 35 до 49 што одговара на ментална зрелост на дете од две до осум годишна возраст.

Кај лицата со умерена интелектуална попреченост уште од најраната возраст, воочлива е интелектуална и физичка инфериорност, но не ретко се присутни и телесни оштетувања, ортопедски инвалидитет, церебрална парализа, епилепсија и оштетување на моторните способности. Во однос на психомоториката кај овие лица воочлива е тесната поврзаност и недостатна издиференцираност на емотивниот живот од областа на мускулатурата и мускулните активности.

Психомоторниот развој кај лицата со умерена интелектуална попреченост е следен со лошо организирана моторика, недограден тонус и латерализираност, дискоординираност на движењата, неиздиферен-

цирана фина моторика, потешкотии при изведувањето на фините моторни движења, одржувањето на рамнотежа и визомоторна контрола.

Резултатите од конкретни истражувања покажуваат дека лицата со умерена интелектуална попреченост на хронолошка возраст од 9 до 12 години, покажуваат телесна вештост и координација на движењата кои содејствуваат на способностите на деца со просечна IQ на возраст од три до четири години⁵⁶.

Покрај значително намалените интелектуални способности кај повеќето лица со умерена интелектуална попреченост, секундарно се јавуваат и сензорни оштетувања. Така на пр: аудитивното оштетување е три до четири пати почесто застапено кај лицата со умерена интелектуална попреченост во однос на лицата од нормалната популација.

Развојот на говорот како сложена појава е мошне важен градивен елемент за нормален психофизички развој на личноста, кај лицата со умерена интелектуална попреченост е значително забавен, лексички и гласовно сиромашен со често присутни артикулативни нарушувања од типот на: дисторзија на гласови, интердентален сигматизам, назализација и латерализација на гласови, супституција, омисија, ротацизам и др. Вербалниот исказ има аграматична структура и слаба разбирливост. Фондот на зборови е сиромашен најчесто врзан за конкретни животни ситуации. Активниот речник им е значајно помал од пасивниот.

Лицата со умерена интелектуална попреченост тешко го задржуваат вниманието, памтењето им е краткотрајно, селективно и емоционално обоено, а мислењето и логичкото расудување неразвиено.

⁵⁶ Соколовски, Ж. (1997), "Третман умерено ментално ретардираних лица", Београд: Савез друштва за помош МНРО, стр. 9

Според Пијаже лицата со интелектуална попреченост во однос на когнитивниот развој покажуваат одредени специфичности кои се однесуваат на должината на траење на секоја од развојните фази, присуство на потешкотии при поминување од една во друга развојна фаза и завршување на развојот на помала хронолошка возраст. Во целина гледано нивните ментални функции посебно сознајните и способноста за учење се значително дефицитарни.

Според психолошките сознанија лицата со умерена интелектуална попреченост во првите години од животот покажуваат намален интерес и мотивација за запознавање на непосредната околина, најчесто се мирни, инертни или хиперактивни. Својата немоќ, да воспостават комуникација со околината, краткотрајно и нарушено внимание, овие лица ја изразуваат преку чест безпричински страв или гнев, од се што е непознато и наметнато. Кај овие лица често се присутни нагласени варијации на расположението, емоциите, авто или хетероагресија. Генерално може да се каже дека однесувањето на лицата со умерена интелектуална попреченост го карактеризираат: емоционално инфантилни реакции, пречувствителност на надворешни дразби, висок степен на дистрактибилност, намалена способност за генерализација и трансфер на социјални искуства.

3.3. Карактеристики на лицата со тешка интелектуална попреченост

Лицата со тешка интелектуална попреченост од најрана возраст покажуваат воочлива интелектуална и физичка инфериорност, незрелост и неспособност. На правилно стандардизираните тестови за интелигенција достигнуваат ориентационен коефициент на интелигенција од 20 до 34.

Покрај примарното оштетување на менталните функции поголем број на лица со тешка интелектуална попреченост имаат изразени моторни, сензорни, телесни или други придружни пречки што укажуваат на присуство на значајно оштетување или растројство во развојот на ЦНС.

Лицата со тешка интелектуална попреченост имаат нарушена перцепција и организираност на сознајните способности, со изразени негативни реперкусии врз интелигенцијата, мислењето, емоциите, говорот и однесувањето на личноста во целост, кои најчесто се со различен степен на дограденост и дисхармоничност во функционирањето. Поради тоа, овие лица не можат да се земат во предвид за систематско обукување во: читање, пишување и сметање, ниту стекнување на останатите знаења и вештини.

Само оние лица кои ќе постигнат ниво на интелектуално функционирање помеѓу 4 и 6 години почнуваат да оперираат со бројки, иако не се во состојба да ја објаснат основата на нивната класификација, па оттука бројката како поим останува нејасна⁵⁷.

⁵⁷ Петров, Р. (1999), "Третман на тешко ментално ретардирани лица", Неготино: ГТУП СПЕКТАР А. С., стр. 19.

Кај овие лица постои значително ограничување на достигнувањето во областа на говорот и јазикот, моторните способности и грижата за себе. Говорот кај лицата со интелектуална попреченост често е недостатокно развиен веќе на функционалното обликување на гласот, зборовите и речениците, а некогаш е сосема неразвиен или се јавува многу доцна, дури по организираните активности на психомоториката кои се насочени кон социјалното поле.

Лицата со тешка интелектуална попреченост тешко го владеат говорот и јазикот, а лексичкиот фонд и речениците им се сиромашни.

Имаат лошо организирана моторика, слаба координација на движењата, недограден тонус и латерализираност. Особено се оскудни фините, диференцирани движења на рацете. Нивното неадекватно моторно однесување е една од причините за потешкотиите при совладувањето и учењето на основните навики за самопослужување и останатите навики и практични вештини.

Лицата со тешка интелектуална попреченост бавно и тешко усвојуваат работни навики и вештини, а за стекнување на истите потребни им се долги и чести визуелни демонстрирања и повторувања, а во некои случаи и употреба на гест. Со систематско вежбање и обучување, ако се започне од најрана возраст, децата со тешка интелектуална попреченост можат да научат да совладуваат едноставни дејности и стереотипни активности со мала контрола⁵⁸.

Во услови на правилно воспитување и вежбање, коешто ќе започне од најраното детство, децата со тешка ментална ретардација можат да научат да извршуваат разни едноставни дејности како во семејството

⁵⁸ Петров, Р., Копачев, Д., Такашманова, Т. (2004). "Деинституционализација на деца со тешка ментална ретардација", Филозофски факултет, Скопје, стр. 24.

така и во институцијата каде се реализира процесот на рехабилитација. Со правилно воспитување може да се контролираат и канализираат основните нагони како што се: сексуалниот нагон и однесувањето кон спротивниот пол.

Само дете прифатено од своето семејство, па и од пошироката општествена заедница, ги поседува предиспозициите за правилен развој на неговата личност. Таму каде се сакани и прифатени, овие деца правилно ќе се развиваат.

Невропсихолошките испитувања покажуваат дека лицата со интелектуалната попреченост не се во состојба да го прилагодат своето однесување и став кон дадена ситуација. Тие применуваат стари, порано научени шеми на однесување. Памтењето им е емоционално обое-но и селективно, што одговара кон реалноста.

Лицето со тешка интелектуалната попреченост запаметува мошне бавно, со повеќе повторување, брзо го заборава усвоеното, а тоа што ќе го запамети го презентира тешко и неточно. Полесно ги паметат силните емотивни доживувања и возбудувања што побудуваат непосреден интерес.

Кај овие лица е забележана недостаточна развиеност на механизмот на волево внимание. Емоциите кај тешко интелектуално попречените лица се издиференцирани на значително пониско ниво, имаат зголемен праг на чувствителност и недоволна диференцираност кон промените на дразбите. Затоа овие лица тешко ги одложуваат задоволувањата, лесно преминуваат во спротивни расположенија и делуваат детинесто. Кај нив емотивниот живот преовладува над расудувањето.

Генерално, овие лица се неспособни сами да се грижат за себе. Потребна им е постојана заштита и надзор во домашни услови или во

специфично организирани посебни установи. Третманот на лицата со тешка интелектуална попреченост треба да се изведува заедно со лицата со умерена интелектуална попреченост или подоцна во дневни центри.

Според карактеристиките, лицата со тешка интелектуална попреченост подлежат на воспитание, образование и работно ангажирање за поедноставни работни операции.

3.4. Карактеристики на лицата со длабока интелектуална попреченост

Околу 5% од вкупниот број на интелектуално попречени лица, имаат длабока интелектуална попреченост.

Лицата со длабока интелектуална попреченост се карактеризираат по изразена ограничена способност за разбирање и прифаќање на барањата, имаат зачувана способност за многу рудиментирани форми на невербална комуникација. Голем дел од нив се полуподвижни или неподвижни, неспособни за волева контрола на сфинктери. Не можат да се грижат за себе, и затоа им е потребна постојана помош и надзор.

Речникот им е сведен на неколку зборови, говорот им е неартикулиран⁵⁹, одот им е вешт, некоординиран. Со вежби може минимално да се подобрат моторните и говорните способности. Голем број не можат да седат, ставаат во уста се што ќе стигнат.

⁵⁹ Кесмановиќ, Д., Лога, С., Сериќ, И., Марковиќ, А. (1983), "Психијатрија", Београд- Загреб: Медицинска книга, стр. 609

Лицата со длабока интелектуална попреченост имаат нарушена перцепција и организираност на сознајните способности, со изразени негативни реперкусии врз интелигенцијата, мислењето, емоциите, говорот и однесувањето на личноста во целост, кои најчесто се со различен степен на дограденост и дисхармоничност во функционирањето.

Инциденцијата е најголема во раното детство, подоцна опаѓа бидејќи овие лица умираат од инфекции.

Лицата со длабока интелектуална попреченост се раѓаат со тешки телесни оштетувања, кои го загрозуваат животот (конгенитална аплазија на мозокот, микрографија, поренцефалија и др.), преку 50% имаат епилепсија.

На правилно стандардизирани тестови за интелигенција, коефициентот на интелигенција им е под 20, односно интелигенцијата е оштетена во најголем можен степен.

3.5. Лица со мултипни оштетувања

Проблемот на мултипните оштетувања е стар колку и постоењето на човекот. Но свеста за постоењето на лицата со мултипни оштетувања како и изнаоѓањето на методи, средства и начини за воспитание, образование и рехабилитација на лицата кои се засегнати со овој проблем е релативно млад и се појавува некаде кон средината од XX век.

Мултипните оштетувања како проблем на дефектологијата на балканските простори се наметнува во периодот на педесетите години на XX век со зборовите на Бориќ А. која вели: „разните случаи на ком-

бинација на дефекти не претставува збир на два или три дефекти, туку квалитативно со нови појави, кои според тоа бараат и посебно разработување, како и посебни методи на работа во практиката“.

Авторите кои досега се занимавале со оваа проблематика имале терминологско разидување така што лицата со „мултипно оштетување“ се нарекуваат мултипно хендикепирани, повеќекратно оштетени, лица со комбинирани пречки, лица со дополнителни оштетувања, повеќекратно инвалидни лица, полидефектни лица итн.

Авторите Fenjell и Conne (1983) пишуваат дека лицата со мултипни оштетувања најчесто се класифицираат како глуви-слепи, повеќекратно оштетени, шизофреничари и ментално заостанати, но истите не може да се ограничат само на тие групи.

Истите автори наведуваат, дека многу често децата со тешки оштетувања се придружени и со други растројства, па истите се третираат како мултипни. Затоа е неопходно да се направи разлика помеѓу тешките и мултипните оштетувања. Тешките растројства се одразуваат со длабок степен на растојства на определена функција, додека пак во мултипните оштетувања се вклучуваат најмалку две, а може и повеќе функционални растројства. Секое од растројствата што го сочинуваат мултипното оштетување може да биде изразено со различен степен од лесно до длабоко.

Frederic и Baldnjn (1987) го предлагаат терминот “двосензорно оштетување”, наместо терминот “глуво-слепи”.

Покрај терминологската конфузија присутна е и нецелосност во дефинирањето на самиот поим. Постоечките дефиниции за мултипните оштетувања, денеска се движат во растојание од оние општите до оние

прагматичните кои што се релевантни за секое подрачје на дефектологијата посебно.

Во стручната литература егзистираат и дефиниции кои имаат дескриптивен карактер, без поконзистентен пристап кон самата содржина на поимот „мултипно оштетување“.

Симплифицираните дефиниции истакнуваат дека за повеќестепено оштетено лице се смета лицето кое што е „оштетено во две или повеќе подрачја на својот функционалитет“.

Борик А. истакнува дека „Различните комбинации на дефекти не претставуваат збир на два или три дефекта, туку се работи за квалитативно нова појава, која бара посебно разработување, а во практиката и посебни методи на работа“.

Според бугарскиот автор Р. Вабранова, „Мултипните оштетувања претставуваат комбинација од неколку оштетени функции, кои се појавуваат во едно исто време кај едно исто лице“. Истиот автор наведува дека поимот мултипни растројства треба да се подразбира комбинација од две и повеќе единечни растројства, прво-доминантно оштетување (органска основа) и второ (функционално) растројство.

Комбинациите на мултипните растројства имаат широк дијапазон и можат да се јават во сите можни варијанти. Сепак треба да напомниме дека мултипните оштетувања не се механички збир на оштетувања и растројства. Оштетувањата и растројствата помеѓу себе взаемно дејствуваат и го определуваат мултипниот ефект.

Во Правилникот за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или психичкиот развој, во член 4, точка 8, наве-

дени се и лицата со повеќе видови на пречки (лица со комбинирани пречки во развојот).

Според член 12 е наведено дека за „Лица со повеќе видови на пречки во развојот се сметаат лица кај кои се присутни по две или повеќе видови на пречки во развојот наведени во овој правилник“.

Набљудувајќи го човекот како биопсихосоцијално единство „мултипно оштетување“ може да го наречеме онаа оштетување кое со својата комбинација доведува до радикални девијации во социјалното поле на повеќекратно оштетената личност, па како таква, личноста бара квалитативно прилагоден третман во однос на самото примарно оштетување⁶⁰.

За правилно разбирање и определување на феноменот мултипни оштетувања, важно е да се познава карактерот на доминантното (првото) оштетување (кое може да биде повеќе од едно) и неговото влијание врз формирањето на другите (втори) оштетувања.

Со цел да се добие вистинска клиничка слика за лицата со мултипни оштетувања ќе ја наведеме класификацијата која во основа ја има доминантноста на оштетувањето:

- Мултипно оштетување со доминантна интелектуална попреченост;
- Мултипно оштетување со доминантно оштетување на слухот;
- Мултипно оштетување со доминантно оштетување на видот;
- Мултипно оштетување со доминантно телесно оштетување;
- Мултипно оштетување со неодредена доминантност.

⁶⁰ Петров, Р. (2007), „Лица со инвалидност“, Филозофски факултет, Скопје, стр.43

Во интерес на овој магистерски труд се лицата со интелектуална попреченост, затоа ќе биде ставен акцент на мултипното оштетување со доминантна интелектуална попреченост.

Карактеристики на лицата со мултипно оштетување со доминантна интелектуална попреченост: интелектуална попреченост како интелектуално функционирање под просечното ниво со недостаток на адаптивно однесување, во определен број на случаи е придружена и со дополнителни оштетувања што можат да го изменат и онака отежнатото социјално функционирање. Лицата кои покрај доминантна интелектуална попреченост, имаат и некои други оштетувања, како оштетувања на видот, слухот или пак телесно оштетување потешко се вклопуваат во социјалната средина и општеството кое во поголем процент ги отфрла со што шансите за успешна интеграција на овие лица се сведени на минимум. Психофизичките карактеристики на овие лица се разликуваат од случај до случај и од видот на комбинациите на оштетувањето што одат заедно со доминантната интелектуална попреченост. Интелектуално попречените лица со дополнително оштетување на видот имаат мошне често и проблеми со моториката, додека пак комбинација на ментална ретардација со дополнително оштетување на слухот може да даде низа психолошки проблеми како: хиперактивност, а понекогаш и нокно мокрење. Дополнителните оштетувања што се јавуваат кај лицата со доминантна интелектуална попреченост најтешко ги погодуваат лицата со лесна интелектуална попреченост бидејќи децата со тешка и длабока интелектуална попреченост се веќе толку оштетени така што додатните оштетувања не можат да направат големи промени во социјалното поле на овие деца. Затоа во дефектолошкиот пристап кај лицата

со мултипни оштетувања со доминантна интелектуална попреченост посебно внимание мораме да им посветиме на лицата со лесна и умерена интелектуална попреченост поради можноста од појава на проблеми во нивното социјално функционирање.

4. Деинституционализација

4.1. Поим, потреба

Седумдесетите години (од минатиот век) третманот на интелектуално попречените деца влегува во нова фаза, посебно во некои индустриски земји, и тоа во фаза на деинституционализација. Напоредно со деинституционализација се препорачува „нормализација“ и „development model“. Овие нови движења, прво во Скандинавските земји, а потоа во САД, имаат за цел наместо нагласување на менталното оштетување да ги нагласат преостанатите способности и да потенцираат пружење на можност на интелектуално попречените лица во смисол отворање „на сите врати“ како и за останатите граѓани со цел да се намали стигматизацијата⁶¹.

Деинституционализација е процес кој треба да овозможи секое дете да се најде во своето семејство, во неговата локална заедница и да

⁶¹ Jakulić, S., (1986), „Rehabilitacija mentalno retardiranih lica“, , Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, стр. 35

има право да живее во околина која ќе го прифати, која ќе му понуди најголема поддршка, која минимално би ограничувала⁶².

Од средината на 2000 година се наметна потреба да се отпочне со долг процес на деинституционализација, со создавање можности за по-хуман живот за децата со тешка и длабока ментална ретардација од Специјалниот завод во Демир Капија⁶³. Како алтернатива на затворање на институциите се развива систем на сместување на децата со тешка интелектуална попреченост во семејства. 30 деца излегоа од институцијата во Демир Капија, од кои 25 деца и денес (веќе 7 години) живеат во згрижувачки семејства. Предуслов за овие деца да бидат прифатени од страна на семејства или сместување во други, згрижувачки семејства е да развијат што е можно повеќе способности за самостојност.

Република Македонија имаше долга традиција на институционално згрижување на децата со тешка и длабока интелектуална попреченост во Специјалниот завод во Демир Капија.

Ќе ги споменеме предностите од институционалното згрижување:

- Оваа форма обезбедува подобрување на состојбата на детето;
- Обезбедува згрижување на детето (сместување, нега);
- Обезбедува едукација на детето;
- Детето е заштитено од евентуални несреќни случаи, 24 часа е под надзор на стручен кадар во институцијата;
- Кај детето се развива чувство на припадност во група.

⁶² Петров, Р., Копачев, Д., Такашманова, Т. (2004). "Деинституционализација на деца со тешка ментална ретардација", Филозофски факултет, Скопје, стр. 41

⁶³ Исто, стр. 40

Но, во истовреме треба да се потенцираат и негативните страни од досегашниот институционален третман:

- Живот во институција, детето е изолирано од семејството и околината;
- Живот во група, не во семејство;
- Обележаност: дете од институција;
- Отсуство на топла емоционална клима која може да се обезбеди само во рамките на семејството;
- Изолација од средината, отсуство на контакти, средби.

Секако, негативните страни на процесот за деинституционализација, меѓународните документи кои обврзуваа на примена на нови, вонинституционални форми на згрижување на децата со тешка и длабока интелектуална попреченост, диктираа овој процес да започне.

Со овие деца беше неопходно да се организира и примени научно заснован олигофренолошки третман, да се започне со обука, воспитување, работа врз говорот, работа врз психомоторниот развој, обучување за грижа за себе, а се врз основа на посебно изработена програма.

4.2. Процесот на деинституционализација во светот

Деинституализацијата на лицата со интелектуална попреченост во светот е присутна во последните 20 год, а насочена е кон укинување на големите институции за сместување и рехабилитација на овие лица. Наместо големи установи, се основаат регионални, во локалните заед-

ници со различни облици на сместување, третман и вработување на лица со ментална ретардација.

Се покажа дека **отворениот систем на вклучување** на лица со тешка ментална ретардација во редовните училишта, отворено стопанство и интегрирани станбени заедници, е значително поефтино од двоен состав (општ и специјален). Исто така се истакнуваат позитивните резултати на овој процес на развој на толеранција и прифаќање на таквите лица од страна на лица без тешкотии во развојот. Таквите резултати се последица на позитивните искуства во меѓусебната интеракција.

Филозофијата на инклузија потекнува од Канада. Всушност Канада и САД, досега беа најрадикални и најпрогресивни во настојувањата на вклучување на хендикепираните лица во сите содржини на животот на заедницата.

Канада и САД најдалеку отидоа во следното подрачје:

- Промена на двојниот воспитно-образовен систем (редовен и специјален) во единствен состав на воспитание и образование, кој овозможува на учениците со интелектуална попреченост и со други развојни симптоми да бидат интегрирани и прифатени како вредни членови во редовните школи, и во заедниците.
- Изградување на модели во заедница втемелена на рехабилитација и вработување на лицата со ментална ретардација.

Во Канада, како и во повеќето држави во САД, институциите за овие лица се потполни укинати.

Во Велика Британија филозофијата на нормализација доведе до одлука на парламентот за затворање на институциите. Во последните 20 години, особено во Англија голем акцент се става на:

- Донесување на антидискриминирачки закони кои ги регулираат правата на лицата со тешкотии
- Развој на воспитната интеграција на лицата со такви тешкотии во подрачјето на вишо и високо образование.

Како алтернатива на затворање на институциите, се развива систем на сместување на децата и возрасните лица со тешка ментална ретардација во семејства.

Според податоците на Министерството за здравство на Велика Британија, во последните 20 год, доаѓа до голем премин на лицата со тешкотии во развојот од специјалните заводи и болници во систем на задомување, како и сместување во станбени заедници во локалните средини.

Во повеќето земји на Средна и Западна Европа покренат е процес на постепено укинување на институциите.

Во Германија процесот на деинституционализација на лицата со интелектуална попреченост е унапреден. Имено, во институциите приближно престојуваат 30% лица со тешка интелектуална попреченост, додека 5% лица со интелектуална попреченост се опфатени со облици на самостојно живеење со подршка. Сепак најголем број (приближно 65%) живеат во своите или задомени во други семејства. Баварија донесе одлука за потполно укинување на специјалните институции до 2003 год.

Во Унгарија, која интензивно работи на деинституционализација и вработување на лица со ментална ретардација во отворени услови, исто така е донесен закон со кој се одредува потполно укинување на институциите до 2010 год.

Во Италија и Франција се повеќе се присутни спомнатите тенденции.

За процесот на деинституционализација и вклучување на лица со ментална ретардација во живот во заедница, во скандинавските земји сведочат следните статистички податоци:

- Во Данска во институциите живеат околу 24% лица со интелектуална попреченост, а околу 76% се интегрирани во заедница.
- Во Финска приближно 14% лица се институционално згрижени, додека 86% лица се вклучени во заедница.
- Во Норвешка само 3% од оваа популација живее во институции, а 97% лица со интелектуална попреченост партиципира во животот на локалната заедница.
- Во Шведска специјализираните институции за сместување на лица со интелектуална попреченост во потполност се укинати.

4.2.1. Состојбата во Хрватска

Состојбата во Хрватска може да се констатира со увид во податоците на Министерството на труд и социјална заштита од 2000 год, според кои во 24 установи на социјална заштита се наоѓаат 3373 лица со тешкотии во развојот, вклучени во различен вид на третман. (табела 1).

Табела 1. Возраст на корисниците кои се вклучени во различни видови на третман

Видови на третман	Возраст на корисниците									вкупно
	0-3	4-7	8-14	15-16	17-18	19-21	22-45	46-65	65	
Патронажа	10	25	39	6	7		2			89
Полудневен престој		49	58	8	12	20	226	8		381
Целодневен престој		9	179	56	75	87	149	6		561
Привремено сместување										
Неделно сместување		2	20	9	2	3				36
Постојано сместување		16	525	344	303	198	819	101		2306
Вкупно	10	101	821	423	399	308	1196	115		3373

Од табелата⁶⁴ е видно дека најголем број на лица се наоѓаат на трајно сместување. Во однос на видот на оштетување, најголемата популација ја сочинуваат лица со ментална ретардација (2642), додека значително е помал бројот на лицата со сензорни и моторни оштетувања (290 лица со оштетен слух, 173 лица со оштетен вид, 268 лица со моторички оштетувања).

⁶⁴ Proces deinstitutionalizacija u svetu
www.revija-socijalna-politika.com/journal.

Разгледувајќи ги овие податоци треба да се земе во предвид, дека според проценките на Хрватскиот сојуз на здруженијата за лица со интелектуална попреченост, две третини на популацијата на лица со интелектуална попреченост не е опфатена со третман во наведените установи. Еден дел од нив е сместен во здравствено-социјални установи, установи за лица од трета животна доба, установи во надлежност на Министерството за образование и спорт (на пр. Центар за аутизам) или Министерство за здравство (психијатриски клиники), или пак тие лица без стручна поддршка живеат со своите родители. Помал број од лицата со тешкотии е сместен во згрижувачки семејства во кои, слично како и во сопствените семејства, без континуирана стручна поддршка, во помала или поголема мера се препуштени во социјална изолација. Со оглед дека специјалните служби и институции се концентрираат во поголемите градови, преовладува централизиран пристап во кој голем број на деца со тешкотии се издвојуваат од природната, локалната средина. Ваквиот систем е последица на длабоко вкоренетиот традиционален однос на општеството кон лицата „кои се поинакви“, и уште секогаш преовладувачкиот медицински модел и модел на дефицит во постапката на рехабилитација.

4.2.2. Состојбата во Масачусетс, Америка

Интересно е искуството од Масачусетс, Америка на Stathopoulos кој поради обезбедување подобри услови за живот, социјализација и едукација работи на деинституционализација на институција со 1200 корисници, психијатриски болни лица. Наместо во една огромна инс-

титуција во која живееле овие лица (многу лица на недоволен простор, во лоши услови, без прегледност во поглед на активностите кои треба да се реализираат со нив, оддалечени од нивните семејства поради што комуникацијата со семејствата е прекината) истите се распоредени во 10 помали, по 120 лица на едно место, лоцирани низ целата држава, што поблизу до нивните семејства.

Иако овој процес се реализирал во време од 5 години⁶⁵, тој укажува дека ваквиот процес треба да се реализира 20 години.

4.2.3. Состојбата во Австралија

Во 1998 година во државата Чалинор, во Австралија биле целосно затворени големите институции и сите лица биле префрлени во мали домови или центри обезбедени од владата или во приватни куќи (во семејства). Во Австралија постојат три вида на студии за деинституционализација. Во Викторија затворањето на институциите и преместувањето на лицата со интелектуална попреченост во мали институции болници било документирано во голем број студии. По 4 години надвор од институцијата, младите адолесценти и децата со тешка ментална ретардација покажале развој од 2-3 години во поглед на адаптивноста, зголемени слободни активности, семејни контакти⁶⁶. Квалитетот на нивниот живот во заедницата бил значително подобрен за разлика од она што се очекувало доколку останеле во болницата.

⁶⁵ Петров, Р., Копачев, Д., Такашманова, Т. (2004). "Деинституционализација на деца со тешка ментална ретардација", Филозофски факултет, Скопје, стр. 43-44.

⁶⁶ Proces deinstitutionalizacija u svetu
www.revija-socijalna-politika.com/journal.

Ефикасноста од деинституционализацијата била евалуирана после 12 месеци и тоа кај лицата со интелектуална попреченост кои биле преместени во центри во Нов Јужен Велс. Moloni и Tarlin (1990) укажале на позитивни промени во функционирањето кај овие лица кои живеат во семејни и мали домови, споредено со оние кои останале во институциите. Резултатот од преместувањето на возрасните лица со интелектуална попреченост во Викторија, од огромните институции во мали домови или помали групи го презентира Oven (1994). Правејќи споредба со оние кои останале во институцијата, лицата кои ја напуштиле покажале поголемо ниво на активности и способности во донесувањето на одлуки, како и подобрувањето на квалитетот на живеење.

4.2.4. Состојбата во Велика Британија

Во Велика Британија, филозофијата за нормализација на живеењето на лицата со инвалидност влијаела Парламентот да донесе одлука за затворање на големите институции. Сега, во последните две децении акцент се става на:

- Донесување антидискриминирачки регулативи кои ги канализираат правата на лицата со пречки во развојот;
- Интеграција на лицата со пречки во развојот во подрачјето на вишото и високото образование.

Како алтернатива на затворањето на големите институции, се развива систем на сместување на децата и возрасните лица со тешка ментална ретардација во згрижувачки семејства, како и во станбени заедници во локалната средина.

До 1969 година во големите специјални установи престојувале околу 60000 лица со пречки во развојот, а само околу 6000 лица биле опфатени со други облици на згрижување. Во 1992 година состојбата драстично е изменета: само околу 25000 лица се опфатени со институционален третман, 35000 лица се вклучени во општеството, во локалната средина, преку разни облици на сместување, а останатите, 6000 лица престојуваат во нивните биолошки или згрижувачки семејства⁶⁷.

4.2.5. Состојбата во Србија

Постоечкиот институционален систем на заштита во Србија создава зависност и губење на контролата над сопствениот живот и води до изолација на лицата со пречки во развојот.

Почитувајќи ги бројните меѓународни документи, Србија ја превзеде обврската преку реформите кои ги направи во системот за нега и заштита на лицата со инвалидност, да го започне процесот на деинституционализација.

Еден од новите облици на системот на социјална заштита, во кои на лицата со интелектуална попреченост им овозможува напуштање на институциите е живеење во заедница со поддршка на стручните служби⁶⁸. Во станови живеат 1 до 5 лица, со различна возраст, пол и степен на попреченост.

⁶⁷ Proces deinstitutionalizacija u svetu
www.revija-socijalna-politika.com/journal.

⁶⁸ Stanovanje u zaednici uz podrsku za osobe sa intelektualnim teskocama, process deinstitutionalizacije
<http://www.hendidrustvo.info/forum/index>.

Живеењето со поддршка претставува најбрз пат кој води до независен живот и вклучување или инклузија во друштво на овие лица кои немале доволна и адекватна поддршка од други лица, и долги години од својот живот биле сместени во институции, изолирани од секојдневниот начин на живеење.

Живеењето со поддршка создава многу ситуации во кои лесно се препознаваат вредностите и способностите на поединците како човечки суштества, давајќи му можност самостојно или со поддршка, да донесува одлуки и превзема одговорности за се што му е потребно во животот.

5. Професионална ориентација на лицата со интелектуална попреченост

Професионалната ориентација е комплексна активност, и претставува интегрален дел на рехабилитацијата, нејзин воведен дел и посебно е нагласена при оспособувањето на инвалидизирани лица.

Професионалната ориентација подразбира давање стручна помош на поединец да избере занимање кое е адекватно на неговите преостанати можности и способности, влијае при вклучување во работниот процес за да може единката да работи и живее во границите на сопствениот инвалидитет.

Целта на професионалната ориентација е да се помогне на лицето со инвалидитет, да се насочи на оние подрачја кои најмногу одговараат на неговите психофизички способности и склоности.

Професионалната ориентација во поширока смисла претставува⁶⁹

- Континуирана, систематска и плански организирана дејност;
- Давање помош во подготвувањето за избор на занимање;
- Давање совети пред конечната одлука на кандидатот за изборот на занимањето;
- Следењето на успехот и прилагодувањето на кандидатот, како и при евентуални промени на занимањето кои се вршат врз основа на познавање на кандидатот;
- Познавање на различните занимања;
- Познавање на потребите на општествената заедница.

⁶⁹ Петров, Р. (2007), “Лица со инвалидност”, Филозофски факултет, Скопје, стр. 73.

За разлика од професионалната ориентација во поширока смисла, битна карактеристика на професионалната ориентација во потесна смисла е давање совети при изборот на занимањето, односно училиштето, кое се врши непосредно пред конечната одлука, а врз основа на испитување од страна на група стручни лица во специјализирана установа.

Професионалната ориентација има примарно значење при насочувањето на учениците за оние занимања во кои ќе постигнат најдобри резултати, грешки не смеат да се направат бидејќи промашено занимање за лицата со инвалидност значи и промашена рехабилитација.

6. Работно оспособување на лицата со интелектуална попреченост

Работното оспособување на лицата со интелектуална попреченост е една од најважните и завршни компоненти на рехабилитациониот процес. Со успешно изведување на оваа компонента се дава оценка за успехот на рехабилитација.

Работното оспособување може да биде организирано на работното место а и во посебни центри за таа цел. Кога се организира на работното место, лицето со интелектуална попреченост веднаш се вклучува во работниот процес и врз основа на следењето и имитирањето на искусни работници стекнува соодветни вештини. Се случува лицето со интелектуална попреченост да биде заедно со искусен работник, меѓутоа со слаби педагошки способности кој своето знаење не може да го пренесе на лицето. Меѓутоа постојат и добри страни на оваа

метода на тренингот, а тие се: лицето веднаш се запознава со алатот и машините со кои во иднина ќе работи, веднаш се навикнува на конкретните задачи, го чувствува ритамот на производството.

Работното оспособување во посебни центри се организира кога треба да се обучи поголема група лица со интелектуална попреченост. Ваквиот тренинг го води посебно едуциран инструктор, со помош на дефектолог. Во текот на тренингот пожелно е да се употребуваат исти или слични алати и машини со оние на кои ќе работи лицето кога ќе се вработи.

Постојат четири фази на обука на лицата со интелектуална попреченост, а тие се⁷⁰:

- Подготвителна фаза, во која лицето се воведува во работниот процес.
- Фаза во која се разработуваат работните содржини и во која лицето со интелектуална попреченост учи од инструкторот.
- Фаза на проверка на лицето со интелектуална попреченост во самостојното извршување на работите.
- Фаза на следење на лицето со интелектуална попреченост во самостојната работа и во оваа фаза и понатаму се вршат корекции и насочувања.

Во текот на работата со лицата со интелектуална попреченост инструкторот треба детално да им ги објасни сите постапки на овие лица, средствата, суштината на она што ќе го работат. Се користат прирачни средства како што се: филмови, дијапозитви, графикони,

⁷⁰ Петров, Р. (2007), "Лица со инвалидност", Филозофски факултет, Скопје, стр. 139- 140.

потоа се бара од учениците да ги повторат работите кои им ги покажувал инструкторот, при што во исто време тој врши корекции. За време на тренингот учениците напредуваат. Постои хоризонтално и вертикално напредување.

Хоризонтално напредување можно е кај лицата со интелектуалната попреченост, а секако и пожелно, со цел да ги усовршат стекнатите вештини и поради подобрување на техниката на работењето.

Вертикалното напредување доаѓа со дополнително школување, што кај лицата со интелектуалната попреченост не е можно.

Кај лицата со интелектуална попреченост треба посебно да се обрне внимание во нивното напредување во текот на тренингот, со цел навреме да се влијае на отстранувањето на одредена неправилност.

Во Законот на вработување на инвалидни лица, во член 14, работното оспособување е оспособување на инвалидното лице за практична работа за определени работи согласно со потребите на работодавецот и инвалидното лице. Невработеното инвалидно лице на работно оспособување заради вработување кај работодавецот го упатува Агенцијата за вработување на Р.М. Вработеното инвалидно лице, кое не е способно за вршење на соодветни работи, на работно оспособување го упатува работодавецот⁷¹.

Во член 15 од Законот Агенцијата е должна да води евиденција за невработените инвалидни лица во Р.М. Инвалидното лице може да се вработи на работно место за кое има образование за соодветното занимање, односно може да се вработи или прераспореди и на друго работно место ако ги исполнува општите и посебните услови или е

⁷¹ Преглед на прописи кои го регулираат работењето на заштитните трговски друштва и вработувањето на инвалидни лица во Р.Македонија, стр: 36.

оспособено за вршење на работите на тоа работно место и ако има оцена на работната способност дека може да ги работи работите на соодветното работно место⁷².

Понатаму во член 17 од Законот, инвалидното лице кое се упатува на работно оспособување нема статус на вработено лице кај работодавецот кај кого работно се оспособува, освен ако не е вработено кај него⁷³.

7. Вработување на лицата со интелектуална попреченост

Вработувањето е последна фаза од долгиот и сложен процес на нивната рехабилитација. Вработувањето е последна фаза од интегрирањето на овие лица во општеството.

Во 2000 год Република Македонија го донесе Законот на вработување инвалидни лица. Во 2004 и 2005 година овој закон претрпе измени и дополнувања.

Во член 1 од Законот за вработување на инвалидни лица се уредуваат посебните услови за вработување и работење на инвалидни лица⁷⁴: кога самостојно вршат дејност како трговец поединец, кај работодавец или има својство на работодавец, во државната администра-

⁷² исто, стр: 36.

⁷³ Преглед на прописи кои го регулираат работењето на заштитните трговски друштва и вработувањето на инвалидни лица во Р.Македонија, стр: 36.

⁷⁴ Преглед на прописи кои го регулираат работењето на заштитните трговски друштва и вработувањето на инвалидни лица во Р.Македонија, стр: 31.

ција, единиците на локалната самоуправа, јавните претпријатија, установи, агенции и фондови и други државни институции како и условите за основање и погодностите за работење на трговското друштво за вработување на инвалидни лица- заштитно друштво.

Според член 2 од овој закон⁷⁵: инвалидното лице е лице со оштетен вид, оштетен слух, со пречки во гласот, говорот и јазикот, телесно инвалидно лице, лице со пречи во интелектуалниот развој и лице со комбинирани пречки кое поради степенот на инвалидност има специфични потреби во работењето. Инвалидното лице се смета и инвалид на трудот со преостаната или намалена работна способност и ако се води во евиденцијата на Агенцијата за вработување на Р.М.

Во член 4, во Законот за вработување на инвалидни лица, укажува на мерките кои ги има донесено за подобрување на вработувањето и работењето на овие лица, тие се:

- Доделување на неповратни средства за вработување на неопределено време на невработено инвалидно лице, адаптација на работното место на кое ќе работи инвалидното лице доколку таа е потребна и набавка на опрема според критериумите и на начин утврден со акт на министерот за труд и социјална политика;
- Ослободување од даноци и обезбедување на средства за придонеси и
- Финансиска подршка во работењето.

⁷⁵ исто, стр: 31

Во член 5 од Законот⁷⁶, работодавецот не може да вработи или да распореди од едно на друго работно место инвалидно лице кое за тоа работно место инвалидното лице не ги исполнува општите и посебните услови, односно кое не е оспособено за вршење на работите на тоа работно место и ако нема оценка на работната способност од комисијата од член 2 став 3 на овој закон дека може да ги извршува работите на соодветното работно место. Инвалидното лице може да биде работодавец или да врши работа на одговорно лице кај работодавец, доколку добие позитивно мислење од комисијата од член 2 став 3 на овој закон.

Во член 7 од Законот⁷⁷, работодавецот е должен при вработување на инвалидно лице да создаде соодветни услови за работење и адаптација на работното место во зависност од работното место, видот и степенот на образованието и видот и степенот на инвалидноста на инвалидното лице кое се вработува.

Во член 9 од Законот⁷⁸ вработеното лице кај кое е утврдена инвалидност во смисла на членот 2 став 1 од овој закон се ослободува од плаќање на персонален данок од доход. Средствата за придонес за пензиско и инвалидско осигурување, придонес за здравствено осигурување и придонес за вработување за лицата од став 1 на овој член се обезбедуваат од Буџетот на Р.М.

Во член 11 од Законот⁷⁹ заштитните друштва се основаат како трговски друштва. Заштитното друштво може да се основа ако вработува

⁷⁶ Преглед на прописи кои го регулираат работењето на заштитните трговски друштва и вработувањето на инвалидни лица во Р. Македонија, стр. 32

⁷⁷ исто, стр: 33.

⁷⁸ Преглед на прописи кои го регулираат работењето на заштитните трговски друштва и вработувањето на инвалидни лица во Р.Македонија, стр: 33

⁷⁹ исто, стр: 34

тува најмалку пет лица на неопределено време од кои најмалку 40% се инвалидни лица од вкупниот број на вработени, од кои најмалку половина се лица со утврдена инвалидност во смисла на член 2 став 1 од овој закон. Заштитното друштво ако не ги исполнува условите од ставот 1 на овој член во период од 90 дена, не го губи статусот на заштитно друштво. Ако заштитното друштво повеќе од три пати во последователни две години го наруши минималниот процент на инвалидни лица или падне под минимален број на вкупно вработени работници на неопределено време, го губи статусот на заштитно друштво и наредните пет години не може да работи како заштитно друштво во кој рок основачот или член на неговото потесно семејство не може да основа ново заштитно друштво.

8. Установи за едукација, образование и рехабилитација на лица со интелектуална попреченост

8.1. Посебни основни училишта

Во Р. Македонија постојат четири посебни основни училишта, тие се:

- Посебно основно училиште „Иднина“-Скопје;
- Посебно основно училиште „Д-р. Златан Сремац“-Скопје;
- Посебно основно училиште „Маца Овчарова“-Велес;
- Посебно основно училиште „СВ. Климент Охридски“-Ново Село, Струмица;

Дејноста на овие училишта е да се организира основно образование на деца што се категоризирани и евидентирани според посебните прописи за категоризација и евиденција на децата со лесни пречки во психичкиот развој⁸⁰.

Посебното основно образование ги реализира следните воспитно-образовни задачи:

- Учениците ги оспособува за самостојно усмено и писмено изразување.
- На учениците им овозможува стекнување на елементарни познавања од областа на природните и општествените науки.
- Развивање на траен интерес, образование и продлабочување на здобиените знаења.
- На учениците им овозможува здобивање на разни навики, хигиенски навики и трајна потреба за занимање со спорт.
- Естетско воспитание и ги запознава со достигнувањата на културата и уметничкото творештво.
- Ги воведува во основите на техниката за да им се даде работно-технички знаења.
- Кај учениците да се развие хуманизмот, патриотизмот, и интернационализмот.
- Работи постојано во издигнување на квалитетот на воспитно-образовната работа, употребувајќи такви методи, форми, и средства за работа што претставуваат достигнување на современата наука.

⁸⁰ Ајдински, Љ., Андреевски, В. (2001), “ 50 год заштита, рехабилитација, воспитание и образование на лицата со пречки во развојот во Република Македонија”, Скопје: Сојуз на дефектолози на Република Македонија, стр. 213.

- Покрај редовна настава, организира дополнителна, ученичко-општествена корисна и производна техничка работа, културно-уметнички, спортски и други рекреативно-забавни активности.
- Организира продолжен и целодневен престој на учениците.
- Ја следи, евидентира и документира целокупната своја активност, за да има увид во резултатите и проблемите, поуспешно да ја насочува својата идна работа и да овозможи стручна и научно-истражувачка дејност во своето училиште.
- Активно се залага за систематско стручно методско педагошко издигнување и усовршување на наставниот кадар.
- Соработува со семејството, младината и другите општествени и културни организации и институции, со работните организации, стручни установи и служби.
- Организира културно-просветни дејности и јавни настапи со цел да ја презентира својата работа и да придонесе за културниот развој на средината во која работи.

8.2. Училишта за средно стручно образование и рехабилитација

Во Р. Македонија постојат две средни стручни училишта за лица со лесна интелектуална попреченост, тоа се:

- Државно средно училиште за рехабилитација и образование „Св. Наум Охридски“ - Скопје;
- Центар за специјално средно насочено образование и воспитание „Искра“-Штип.

Овие училишта имаат опремено работилници за повеќе струки и занимања, и тоа:

- Графичка струка;
- Металска струка;
- Машинска струка;
- Електро струка;
- Текстилна струка;
- Земјоделска струка.

Во склоп на училиштата постои интернат.

Задачи на овие училишта се:

- Да вршат професионална рехабилитација и стручно оспособување на инвалидизирани лица.
- Да ги следат, проучуваат и унапредуваат мерките и методите на професионалната рехабилитација и професионална ориентација.
- Да даваат стручна помош на стопанските и др. работни организации и установи во спроведувањето на професионалната рехабилитација.
- Да вршат стручно оспособување на кадри за работа на професионална рехабилитација.
- Да вршат и други работи што ќе му бидат ставени во надлежност од страна на оснивачот, од доменот на професионалната рехабилитација и вработувањето на инвалидизирани лица.

Стручниот тим е составен од: психолог, дефектолог и социјален работник.

Задачи на дефектологот:

- Детекција, дијагностика, евиденција, прогностика, третман, социјализација, интеграција и културизација на учениците;
- Учество во професионалната ориентација и селекција на учениците;
- Следење и унапредување на воспитно - образовната дејност;
- Планирање и програмирање на сопствената дефектолошка работа;
- Непосредна работа со учениците;
- Советодавна-консултативна работа;
- Ангажирање во научно- истражувачка работа;
- Водење на дефектолошка евиденција и документација.

Покрај образовна програма во овие училишта се спроведува и воспитна програма, на што се обрна внимание на следните подрачја:

- Интелектуално воспитание;
- Морално воспитание;
- Работно воспитание;
- Естетско воспитание;
- Физичко и здравствено воспитание;
- Воспитување за хумани односи меѓу половите;
- Екологија;
- Болести на зависност;
- Слободни ученички активности.

Културно-забавниот живот и спортско-рекреативните активности се реализираат преку следните активности:

- Спортска секција;

- Културно- уметнички активности;
- Музичка секција;
- Видео секција;
- Планинарска секција;
- Уредување на сиден весник;
- Уредување на ентериерот и екстериерот на училиштето;
- Еко секција;
- Електротехничка секција;
- Забавни вечери.

8.3. Завод за рехабилитација на деца и младинци - Топанско поле

Заводот за рехабилитација на деца и младинци е републичка установа во кој се згрижуваат, едуцираат, работно оспособуваат умерено интелектуално попречени деца и младинци. Заводот обезбедува и престој за возрасните во Дневниот центар.

Својата дејност заводот ја остварува преку следните задачи⁸¹:

- Опсервација;
- Дијагностика;
- Класификација односно распоредување на ментално ретадираните деца;
- Евиденција на ментално ретардираните деца и младинци;

⁸¹ Ајдински, Љ., Андреевски, В. (2001), “ 50 год заштита, рехабилитација, воспитание и образование на лицата со пречки во развојот во Република Македонија”, Скопје: Сојуз на дефектолози на Република Македонија, стр. 293

- Корективни вежби со цел корегирање и ублажување на недостатоците;
- Развивање на психофизичките способности за живот и работа со организирано предучилишно и специјално воспитание и образование по програми прилагодени за деца со умерено интелектуална попреченост;
- Врши работно ориентирање и оспособување на младинците во индустријата и земјоделската насока;
- Обезбедува исхрана и сместување на интерните ученици како и превоз и дневен престој на екстерните од подрачјето на Скопје;
- Врши примарна здравствена заштита и редовна контрола за подобрување на здравјето на учениците;
- Организира дневен престој, работно ангажирање и работна окупација на возрасните лица со пречки во развојот.

Следењето на стручната работа го врши стручен тим во кој учествуваат: дефектолог, психолог, лекар- специјалист, и социјален работник. Овој тим редовно се состанува, а исклучително по барање на: директорот, раководителот. Стручниот тим има основна задача да го следи развојот на децата, нивната социјализација, распоредување на децата по групи и префрлување на корисниците од една во друга група, префрлување на корисниците од едукација во работно оспособување.

Работното оспособување трае три години, по кое се добива уверение за работно оспособување. Работно се оспособуваат младинците на возраст од 17 до 21 година. Дефектологот дава предлог за упатување на

работно оспособување, додека стручната комисија го разгледува тој предлог и според психофизичките способности ги упатува на соодветно работно оспособување.

Во заводот постојат следните работилници:

- Автомеханичарска;
- Металска работилница;
- Дрводелска работилница;
- Работилница за пластика;
- Кабинет по домаќинство;
- Сервис за перење и пеглање;
- Работно оспособување во земјоделство.

8.4. Специјален завод - Демир Капија

Во вкупната популација на децата, за жал има определен процент кои се физички и психички попречени до степен што тешко или воопшто не можат да бидат вклучени во процесот на специјалното, а посебно во редовното образование. За третман на овие деца потребни се специфични стручни методи и активности насочени кон елементарна социјализација во просторот и средината на нивното живеење. Специјалниот завод- Демир Капија е основан 1958 год.

Задачи на заводот се:

- Сместување на лица со тешка и длабока интелектуална попреченост;
- Водење нега и грижа на корисниците со длабока интелектуална попреченост особено на оние корисници што се неподвижни и

што самите не можат да ги извршуваат своите секојдневни хигиенски навики;

- Обезбедување на постојана здравствена заштита;
- На корисниците со тешка интелектуална попреченост им се обезбедува рехабилитационо-корективен третман, психомоторна редукација, воспитно работен процес;
- На корисниците им се организираат спортско-рекреативни активности, културно забавен живот, работа, одмор и рекреација;
- Создавање услови што обезбедуваат елементарна општествено корисна работа што е и крајна цел во општествената грижа за овие лица;
- Перманентно ангажирање на корисниците според нивните преостанати психофизички способности и сили со цел да се овозможи повисоко ниво на работно оспособување;
- Постојана соработка на заводот со родителите преку бројни родителски средби.

Заводот е поделен на три оддела⁸²:

- Оддел за административно-финансиски и општи технички работи со економија;
- Оддел за сместување, нега и здравствена заштита на длабоко интелектуално попречени лица;
- Оддел за рехабилитационо корекционен третман и воспитно работен процес на тешко интелектуално попречени лица.

⁸² Ајдински, Ј., Андреевски, В. (2001), “ 50 год заштита, рехабилитација, воспитание и образование на лицата со пречки во развојот во Република Македонија”, Скопје: Сојуз на дефектолози на Република Македонија, стр. 316.

Покрај работното воспитување се застапени и други области што го сочинуваат комплетниот третман на тешко интелектуално попречените лица и тоа:

1. Воспитување на социјалните способности.
2. Одржување на организмот, физичкиот развој и заштита од разни оштетувања и заболувања.
3. Воспитување на способностите за просторно преставување и моделирање на предметите.
4. Меѓу тешко интелектуално попречените лица се среќаваат и лица со физички деформитети кои треба да се ублажат по пат на систематски корективни вежби. Стекнување и одржување на физичка кондиција. Со корисниците се организираат утрински вежби, разни игри со топка, јаже, трчање на игралиштето, прошетки.
5. Музичкото воспитание е незаменливо подрачје во процесот на рехабилитација на лицата со интелектуална попреченост. Познато е дека музиката ги привлекува овие лица и тие се подготвени за игра, пеење песни.
6. Работното воспитание зазема значајно место во процесот на опособувањето на тешко интелектуално попречените лица.

8.5. Центри за дневно згрижување

Центрите за дневно згрижување за деца со посебни потреби претставува вонинституционална форма на заштита, при што треба да биде лоциран во заедницата, во непосредната средина во која децата живеат. Основна функција на Дневните центри е да вршат дневно згри-

жување и социјализација на лица со умерена и тешка интелектуална попреченост на возраст од 7- 26 години.

Центрите за дневно згрижување имаат за цел на децата со посебни потреби да им обезбедат згрижување и заштита, рехабилитација, социјализација и интеграција во семејствата и општествената средина, а исто така да им помогнат на родителите на овие деца да можат да го организираат својот живот, колку е можно нормално да ги извршуваат секојдневните семејни и општествени обврски.

Предноста на дневните центри, како вонинституционална форма во однос на институционалното згрижување е повеќекратна⁸³:

- Децата остануваат во нивните семејства и со тоа не се прекинуваат емотивните врски и односи со членовите на семејството, туку тие и понатаму се негуваат и развиваат, како битна компонента на емоционална сигурност;
- Дневните центри даваат можност за поголема флексибилност при определувањето на организационите облици, содржините на работа и другите активности во нив, при определувањето на работното време и др;
- Вклучувањето во дневен центар е средство за помош на лицата со посебни потреби за добар и отворен живот со своите семејства и со заедницата.

Основна цел на дневниот центар е да им се обезбедат потребни услови на лицата со пречки и на нивните семејства. Дневните центри претставуваат отворен простор, каде што не се даваат готови одговори,

⁸³ Петров, Р., Копачев, Д., Такашманова, Т. (2004). “Деинституционализација на деца со тешка ментална ретардација”, Филозофски факултет, Скопје, стр. 152-153

туку каде што можат да се најдат решенија заедно со корисниците во согласност со нивните потреби.

Самите центри за дневен престој имаат задача да организираат следење на здравствената состојба на корисниците, преиспитување на физичките и менталните способности, воспитна работа и работна окупација, летувања, излети и др.

Дневниот центар е пред сè место за секојдневен живот и социјализација, а потоа и за рехабилитација. Центрите за дневно згрижување треба просечно да прифаќаат до 25 деца.

Дневните центри треба да одговораат на секојдневните потреби на децата со посебни потреби и затоа потребно е да ги имаат следните индикатори:

- Широк простор кој може лесно да го користат лицата со пречки во физичкиот развој;
- Пространи влезови со рампи погодни за инвалидска количка;
- Внатрешно уредување на установата со цел да се намалат архитектонските бариери.

Активностите со децата можат да се извршуваат индивидуално, во парови, во групи, со цел да се зајакнат потенцијалите на секое дете и да се овозможи развој во индивидуалните односи помеѓу стручните работници и децата.

II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Предмет на истражувањето

Предмет на ова истражување е застапеноста на лицата со интелектуална попреченост во Западна и Централна Македонија, која ги опфаќа следните општини: Битола, Демир Хисар, Ресен, Прилеп, Кавадарци, Охрид, Струга, Дебар, Кичево, Гостивар, Тетово, Македонски Брод и Крушево.

2. Цел на истражувањето

Да се утврди бројот и состојбата на лицата со интелектуална попреченост, како и лицата со комбинирани пречки во развојот (телесно инвалидни, со пречки во говор и глас, со пречки во видот и слухот и хронични болни). Колку од овие лица се опфатени во институции, дневни центри, колку се вклучени со процесот на работно оспособување, вработување, колку се опфатени со процесот на деинституционализација. Во однос на карактерот на истражувањето се работи за епидемиолошко-дескриптивно, лонгитудинално и трансверзално ретроспективно истражување на интелектуалната попреченост.

3. Задачи на истражувањето

1. Да се утврди бројот на лица со интелектуална попреченост кои се евидентирани во Центрите за социјална работа;
2. Да се утврди бројот на лица со интелектуална попреченост кои се категоризирани и евидентирани во Центарот за ментално здравје во Битола;
3. Да се утврди дистрибуцијата на лесната, умерената, тешката и длабоката интелектуална попреченост кај евидентираните лица;
4. Да се утврди дистрибуцијата на интелектуално попречените лица според пол и возраст;
5. Да се утврди дистрибуцијата на семејната односно социокултурната и органската интелектуална попреченост;
6. Да се утврди бројот на лица со органска интелектуална попреченост настаната во пренаталниот, перинаталниот и постнаталниот период;
7. Да се утврди застапеноста на чистите ретардации и ретардациите со пречки во видот, слухот, говорот и гласот, телесни инвалиди и комбинирани пречки;
8. Да се утврди застапеноста на лицата со интелектуална попреченост во град и село;
9. Да се утврди застапеноста на интелектуална попреченост според националната припадност;
10. Да се утврди бројот на лица со семејна (наследна) интелектуална попреченост;
11. Да се утврди бројот на деца со интелектуална попреченост опфатени со предучилишно воспитание;

12. Да се утврди бројот на ученици со интелектуална попреченост што завршиле основно специјално образование;
13. Да се утврди бројот на ученици со интелектуална попреченост што завршиле средно насочено образование;
14. Да се утврди бројот на деца/лица со интелектуална попреченост кои се опфатени во Дневните центри;
15. Да се утврди бројот на лица со интелектуална попреченост кои се опфатени со работно оспособување;
16. Да се утврди бројот на лица со интелектуална попреченост кои се евидентирани во агенција за вработување;
17. Да се утврди бројот на деца/лица со интелектуална попреченост кои се сместени во установи за заштита и рехабилитација;
18. Да се утврди бројот на деца со интелектуална попреченост кои се деинституционализирани;

4. Хипотези

1. Се претпоставува дека лицата со интелектуална попреченост се категоризирани и евидентирани во Центрите за социјална работа;
2. Се претпоставува дека лицата со интелектуална попреченост се категоризирани и евидентирани во Центарот за ментално здравје во Битола и Заводот за ментално здравје во Скопје;
3. Се претпоставува дека лесната интелектуална попреченост е најфреквентна во однос на другите облици на ментална ретардација;
4. Се претпоставува дека интелектуалната попреченост е позастапена кај машкиот пол во однос на женскиот пол;

5. Се претпоставува дека најзастапена е интелектуалната попреченост на возраст од 6-10 години;
6. Се претпоставува дека постои разлика во застапеноста на семејната во однос на органската интелектуална попреченост;
7. Се претпоставува дека при настанувањето на органската интелектуална попреченост пофреквентна е онаа која настанува во пренаталниот период во однос на перинаталниот и постнаталниот период;
8. Се претпоставува дека интелектуалните попречености со пречки се пофреквентни во однос на интелектуалните попречености без пречки или чисти интелектуални попречености;
9. Се претпоставува дека интелектуалната попреченост во однос на местото на живеење позастапена е онаа во градот отколку во село;
10. Се претпоставува дека постои разлика во застапеноста на интелектуалната попреченост според националната припадност;
11. Се претпоставува дека децата со интелектуална попреченост се опфатени со предучилишно воспитание;
12. Се претпоставува дека кај лицата со интелектуална попреченост најзастапено е основното специјално образование;
13. Се претпоставува дека лицата со интелектуална попреченост се опфатени со средно специјално образование;
14. Се претпоставува дека лицата/децата со интелектуална попреченост се опфатени во дневните центри;
15. Се претпоставува дека лицата со интелектуална попреченост се опфатени со работно оспособување;
16. Се претпоставува дека лицата со интелектуална попреченост се опфатени со процесот на заштита и рехабилитација;

17. Се претпоставува дека лицата со интелектуална попреченост се евидентирани во агенција за вработување;

18. Се претпоставува дека лицата со интелектуална попреченост се опфатени со процесот на деинституционализација;

5. Варијабли на истражувањето

Независни варијабли:

- Пол;
- Возраст;
- Националност;
- Степен на интелигенција;
- Етиолошки фактори;
- Време на настанување;
- Степен на образование.

Зависни варијабли:

- Застапеност на лесната ментална ретардација;
- Застапеност на умерената ментална ретардација;
- Застапеност на тешката ментална ретардација;
- Застапеност на длабоката ментална ретардација.

6. Методи, техники и инструменти на истражување

Во истражувањето се користени следните методи:

- Дескриптивна метода- покрај собирање, средување, обработка и презентација на податоците вклучува и интерпретација на податоците од истражувањето и изведувањето на заклучок.
- Техника на истражување- анализа на документација.
- Инструменти на истражување- во фаза на собирање податоци како инструменти ги користиме оформените лични здравствени досиеја на секое ментално ретардирано лице во време на неговото распоредување. Од личните здравствени досиеја користиме анамнестички податоци за психофизичкиот развој на личноста, како и наод и мислење од невропсихијатар, дефектолог, психолог, логопед, социјален работник како и наод и мислење од други стручни профили кои учествуваат во распоредувањето (категоризацијата). Користени се и добиени податоци од Центарот за ментално здравје при Клиничката болница од Битола, од Центрите за социјална работа, од Заводот за ментално здравје- Скопје, од Агенциите за вработување.

7. Популација и примерок

Со истражувањето ќе бидат опфатени сите лица со интелектуална попреченост од Југозападна Македонија, кои се на евиденција во:

- Центарот за Ментално здравје во Битола;

- Заводот за ментално здравје во Скопје;
- Центрите за социјална работа од западниот и централниот дел на Република Македонија;
- Агенциите за вработување;
- Редовните и посебните основни училишта;
- Дневните центри;
- Предучилишните детски установи;
- Установите за заштита и рехабилитација.

8. Време на истражување

Истражувањето е извршено во период од 25.06.2007 до 19.04.2008 година. Податоците од истражувањето се добиени по пат на личен увид во досиеја на лицата кои се категоризирани во Центарот за ментално здравје при Клиничка болница во Битола, по пат на увид во дневникот за категоризација од Центрите за социјална работа, од Дневните центри, Установите за заштита и рехабилитација, редовните и посебните училишта, предучилишни детски установи и агенциите за вработување.

Во истражувањето е опфатен подолг период заклучно со 2007 година.

9. Статистички метод

Анализа и интерпретација на податоците добиени од спроведено-то истражување содржат:

- Групирање на податоците;
- Табеларно прикажување на резултатите;
- Графичко прикажување на резултатите;
- Методи на статистичка анализа.

Методите на статистичка анализа кои се применети во анализа и обработка на податоците и интерпретација на резултатите добиени од истражувањето се:

- Дистрибуција на фреквенција;
- Хи квадрат тест (χ^2);
- Како значајни ќе се земат разликите на ниво на значајност $p < 0,001$.

III. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

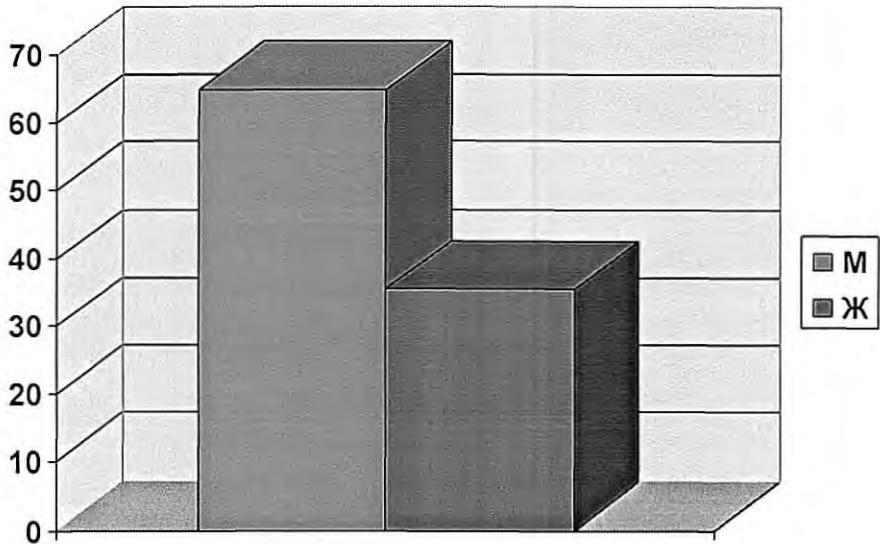
Квалитативните и квантитативните податоци од нашето дескриптивно истражување, изразени во фреквенции и проценти ги реализираме со помош на техниката на анализа на оформените здравствени досиеја (од невропсихијатриски, психолошки, дефектолошки и социјален аспект, по потреба и од други стручни профили) за распоредување на лицата со интелектуална попреченост во службата за ментално здравје на деца и младинци при Клиничката болница во Битола и користење на податоци од Центрите за социјална работа на општините од Југозападна Македонија во врска со дистрибуцијата на лицата со интелектуална попреченост во периодот до 2008 година.

Со истражувањето се опфатени следните општини: Битола, Демир Хисар, Крушево, Ресен, Кичево, Охрид, Прилеп, Струга, Дебар, Кавадарци, Македонски Брод и Гостивар. Со истражувањето не е опфатена општината Тетово затоа што Центарот за социјална работа не ги достави податоците потребни за изработка на овој труд.

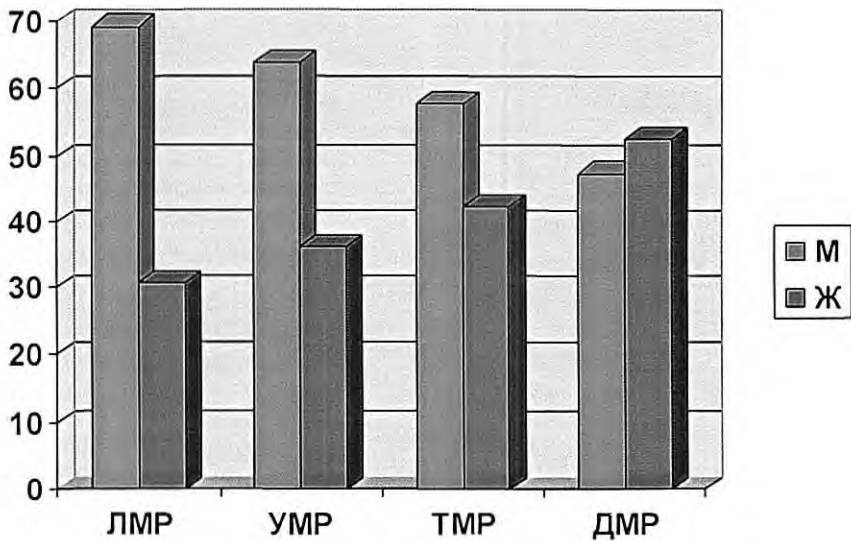
Добиените податоци се однесуваат на застапеноста на лицата со интелектуална попреченост по степен, возраст, пол, место на живеење (град, село), националност, број на лица сместени во установи за заштита, едукација и рехабилитација.

Табела 2. Дистрибуција на интелектуалната попреченост според пол и степен на попреченост

пол	ЛМР	%	УМР	%	ТМР	%	ДМР	%	вкупно	%	χ^2	df	p
М	1620	69,3	498	63,8	555	57,8	102	47,4	2775	64,7	70,7	3	<0,001
Ж	716	30,7	282	36,2	406	42,2	113	52,6	1517	35,3			
вкупно	2336		780		961		215		4292				
%	54,4		18,2		22,4		5,0			100			



Сл.1. Дистрибуција на интелектуалната попреченост според пол



Сл.2. Дистрибуција на интелектуалната попреченост според пол и степен на попреченост

Од прикажаната табела 2, и слика 2 најзастапена е категоријата ЛМР која учествува со 54,4% од вкупниот број на лица со интелектуална попреченост, потоа следува категоријата ТМР со 22,4%, УМР со 18,2% и ДМР со 5,0%.

Менталната ретардација е состојба на успорен или заостанат психички развој кој почнал интраутерино или во раното детство и се манифестира воглавно во сферата на интелектуалните способности⁸⁴.

Олигофрениите (менталните ретардации) претставуваат дефинитивни состојби на заостанат ментален (психички) развој на една од фазите на тој развој⁸⁵.

Според табела 2 и сликите 1 и 2 во однос на половата застапеност на интелектуалната попреченост, позастапен е машкиот пол кој учествува со 64,7%, а женскиот пол учествува со 35,3%.

Соодносот машки-женски лица со интелектуална попреченост е 1,8:1, што упатува на фактот дека машките во однос на женските деца се поподложни на појавата на интелектуална попреченост.

Во литературата се среќаваат податоци за постоење на сооднос 1,5:1 до 1,3:1. Менталната ретардација е почеста кај машкиот пол и тоа во сразмер 2:1 во однос на лицата од женски пол⁸⁶.

⁸⁴ Radojčić, M.B., 1986, Bolesti nervnog sistema, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, стр. 1115

⁸⁵ Копачев, Д. (1999), "Невропсихологија, општ и клинички дел"- скрипта, Скопје: Универзитет "Св. Кирил и Методиј", Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.288

⁸⁶ Jakulić, S., (1993), "Medicinske osnove mentalne retardacije", Beograd :ZIU, стр. 21.

Во однос на полот соодносот машки-женски лица изнесува 1:0,6 т.е. 40% се повеќе лица од женски пол со МР⁸⁷. Во однос на степенот на попреченост, женскиот пол е за 20% повеќе застапен во однос на машкиот пол кај лица со ТМР. Во однос на ЛМР во Холандија, женскиот пол е за 40% повеќе застапен во однос на машкиот пол, а во Шведска женскиот пол е за 80% повеќе застапен во однос на машкиот пол.

МР кај машкиот пол е за 1,5 пати повеќе застапена во однос на МР кај женскиот пол⁸⁸.

Според една студија направена од R. Velicković, анализирајќи 600 лица со интелектуална попреченост на подрачјето на Крагуевац во Србија, машкиот пол е застапен со 54% односно 324 лица, а женскиот пол е застапен со 46% односно 276 лица⁸⁹.

Кај вкупниот број на МР лица, ЛМР учествува со 85 %, УМР со 10%, ТМР со 3-4%, и ДМР со 1-2%⁹⁰.

Според Baird и Sadovnick (1985) преваленцијата на МР во Канада на возраст од 15-29 години е следна: ЛМР со 1,7%, УМР со 1,1%, ТМР 0,6%, ДМР со 0,5%⁹¹.

⁸⁷ The prevalence of Mental retardation Among Third Grade Elementary School children in the Suwon Area, Korea, 89-90

<http://www.jkms.org/fulltext/pdf/jkms>

⁸⁸ Psychiatric Assessment of the Person With Mental Retardation

<http://www.psychiatry.com/mr/assessment.html>

⁸⁹ Velicković, R. (1980), Epidemioloskih karakteristika mentalno retardiranih osoba na području Kragujevca, Psihijatrija, zbornik radova, VI kongres psihijatra Jugoslavije, str. 181.

⁹⁰ Mental retardation

<http://www.answers.com/topic/mental-retardation>.

⁹¹ Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986

<http://aaidd.allenpress.com>

Според една студија направена од Van R. Silka и Mark J. Hauser од вкупниот број на ментално ретардирани лица, ЛМР е застапена со 85%, УМР со 10%, ТМР со 3,5% и ДМР со 1,5%⁹².

Според Diaz-Fernandez (1988), преваленцијата на ТМР во Шпанија кај сите возрасти е 3,40/1000 жители.

Според Murphy, Colligan и Beard преваленцијата на МР во САД кај деца на 10 годишна возраст изнесува: ЛМР со 8,4/1000, УМР со 2,1/1000, ТМР со 0,6/1000 и ДМР со 0,9/1000 случаи.

Според Wellesley и Hockey (1992), преваленцијата на МР во Австралија кај деца од 6-16 години е следна: ЛМР со 3,0/1000, УМР со 2,4/1000, ТМР со 1,0/1000 и ДМР со 0,6 /1000 случаи.

Едно истражување кое било спроведено во Aberdeen, Шкотска, покажало дека застапеноста на ТМР била 1/300, а застапеноста на ЛМР била 1/77. Тие што биле со ТМР повеќе биле лица од машки пол во однос на женски пол и тоа 1,2:1, а кај оние деца со ЛМР соодносот машки-женски бил 2,2:1⁹³.

Според Sonnander, Emanuelsson и Kebbon (1993) преваленцијата на ЛМР во Шведска на возраст од 12-13 години партиципира со 14,5/1000 случаи⁹⁴.

Според Benasi и Guorino (1990) преваленцијата на ТМР во Италија на возраст од 6-13 години е застапена со 3,4/1000 случаи.

⁹² Psychiatric Assessment of the Person with Mental retardation
<http://www.psychiatry.com/mr/assessment.html>

⁹³ Menatal retardation
<http://www.emedicine.com/neuro/topic 605>

⁹⁴ Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986
<http://aaidd.allenpress.com>

Според Mallon и Mac Kay (1991) преваленцијата на ТМР во Северна Ирска кај сите возрасти е застапена помеѓу 2,76 и 3,85 на 1000 случаи.

Според Mc Queen (1986), преваленцијата на МР во Канада на возраст од 7-10 години е следна: УМР со 2,12/1000 деца, ТМР 1,19/1000 лица, и ДМР со 0,34/1000 деца.

Според Stromme и Valvatne (1998), преваленцијата на МР во Норвешка на возраст од 8-13 години е следна: ЛМР со 3,5/1000, УМР со 1,5/1000, ТМР со 0,4/1000 и ДМР со 0,8/1000 случаи. Вкупната застапеност на МР е 6,2/1000 случаи.

Според Mc Donald и Mac Kay (1996), преваленцијата на МР кај сите возрасти е следна: УМР со 2,05-2,99/1000 случаи, ТМР со 1,42-2,19/1000 случаи и ДМР со 0,40-0,82/1000 случаи.

Според Fernell (1998) преваленцијата на МР во Шведска на возраст од 3-16 години е застапена со 3,7/1000 кај европската популација а со 5,9/1000 случаи кај воневропската популација.

Според Leonard, Petterson, Bower и Sanders (2003) преваленцијата на МР во Австралија на возраст од 6-15 години е следна: ЛМР и УМР со 10,6/1000 случаи, а кај ТМР и ДМР со 1,4/1000 случаи.

Кај лицата со МР со непозната етиологија во Кореа, соодносот на машки-женски лица е 3:1, што укажува на поголема осетливост на ЦНС кај лицата од машки пол.

МР е позастапена кај машкиот пол во однос на женскиот пол и тоа: ЛМР (19,0 и 15,5 на 1000 жители), УМР и ТМР (4,0 и 2,9 на 1000 жители) и ДМР (1,1 и 1,0 на 1000 жители)⁹⁵.

Машкиот пол е позастапен кај ЛМР, УМР и ТМР, додека женскиот пол е позастапен кај ДМР. Кај ЛМР машкиот пол е застапен со 69,3%, а женскиот пол со 30,7%. Кај УМР машкиот пол е застапен со 63,8%, а женскиот пол со 36,2%. Кај ТМР машкиот пол е застапен со 57,8%, а женскиот пол со 42,2%. Кај ДМР машкиот пол е застапен со 47,4%, а женскиот пол со 52,6%.

Спроведената статистичка анализа за докажување на основните хипотези преку помошните хипотези се користени Хи- квадрат тест (χ^2), Pearsonov коефициент на корелација (r) и t тест.

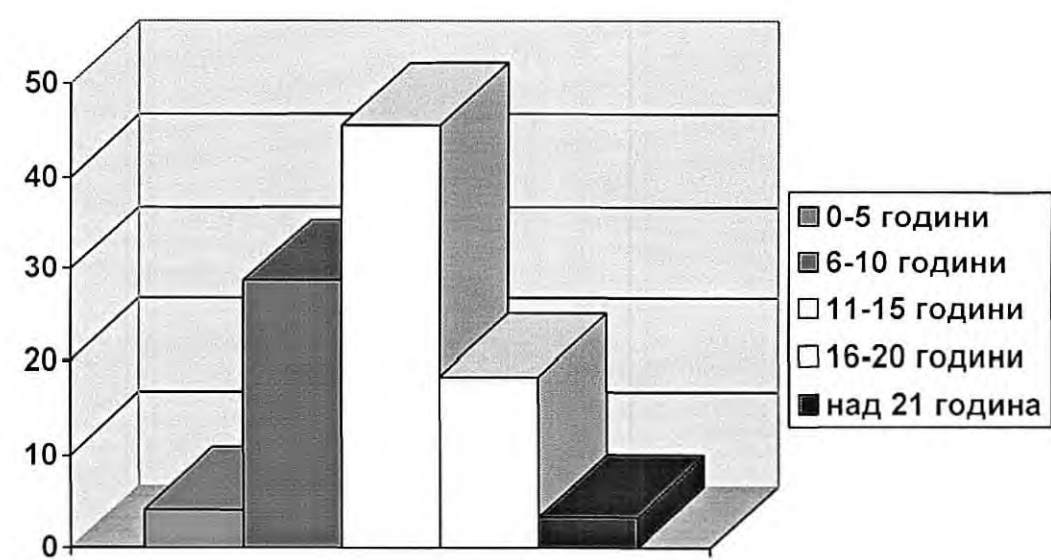
Статистичката анализа во однос на застапеноста на интелектуалната попреченост по пол, со Хи- квадрат тест ($\chi^2=188$; $df=3$; $p<0,001$) ја потврди претпоставката на хипотезата дека интелектуалната попреченост е позастапена кај машкиот пол во однос на женскиот пол.

Статистичката анализа во однос на застапеноста на видовите на интелектуалната попреченост со Хи- квадрат тест ($\chi^2=70,7$ $df=3$; $p<0,001$) се потврди претпоставката на хипотезата дека ЛМР е нај-фреквентна во однос на другите интелектуални попречености. Помеѓу четирите варијабли (ЛМР, УМР, ТМР, ДМР) е утврден висок позитивен популациски коефициент на корелација (Pearson 0,98). Корелацијата е статистички значајна ($p=0,012$).

⁹⁵ Public health approach to the study of mental retardation
<http://aaidd.allenpress.com>

Табела 3. Дистрибуција на интелектуалната попреченост според возраст

Возрасни групи	ЛМР	%	УМР	%	ТМР	%	ДМР	%	вкупно	%	χ^2	df	p
0-5	28	1,2	32	4,1	65	6,7	54	25,1	179	4,2	369,3	12	<0,001
6-10	764	32,7	169	21,7	238	24,8	58	27,0	1229	28,6			
11-15	1061	45,4	385	49,3	443	46,1	64	29,8	1953	45,5			
16-20	432	18,5	146	18,7	173	18,0	34	15,8	785	18,3			
Над 21	51	2,2	48	6,2	42	4,4	5	2,3	146	3,4			
вкупно	2336		780		961		215		4292				



Сл.3. Дистрибуција на интелектуалната попреченост според возрасни групи

Својата експресивност менталната ретардација максимално ја манифестира меѓу 6 и 14 година т.е. во периодот на школувањето на децата, затоа е потребно нивно соодветно едуцирање во согласност со степенот на попреченоста и хендикепот со кој се среќаваат⁹⁶.

⁹⁶ Софијанов, Н., (1985), “Заболувања на нервниот систем во детската возраст”, Скопје: Македонска книга.

МР е најчесто детектирана во школската возраст, кога индивидуата има од 10 до 16 години, а многу ретко во раната фаза на животот или во доцната фаза⁹⁷. Еден од главните причини за оваа состојба, е тоа што лекарите ретко дијагностицираат МР, освен ако е поврзана со тешки генетески синдроми. Лекарите обично се занимаваат со етиолошките фактори на болеста, каде е потребна медицинска или хирушка интервенција. Наставниците се интересираат за интелектуалното ниво, кое претставува битна карактеристика за постигнатиот успех. Поголем процент на лицата со кои во училишниот период се детектирани дека имаат ЛМР, во возрасниот период постепено стануваат незабележани во општата популација. Возрасните лица со МР кои лесно се прилагодуваат во друштво со своите врсници, кои се вработени и живеат самостојно не се секогаш опишани како лица со МР.

Во една студија според Dupont (1988), МР најмногу е застапена од 10-14 години, а во друга студија направена во 1979, МР најмногу е застапена од 7-22 години.

Во друга студија направена од Fryers (1984), односот на специфичната преваленција во однос на годишната возраст кај децата од 5-14 години варира од ниска 2,37/1000 во 1961 година до висока 5,42/1000 во 1976 година а потоа постепено се намалува за 4,89/1000 во 1980 година.

Во една студија која била направена во Бангладеш, преваленцијата на ТМР од 2-9 години изнесува 5,9/1000, која е незначително поголема од развиените земји.

⁹⁷ Heikura, U., (2008), "Intellectual disability in the Northern Finland birth cohort 1986"; 25-26

Според Brask (1972), преваленцијата на ТМР во Данска на возраст од 0-14 години е 3,99/1000 деца⁹⁸.

Според McDonald (1973), преваленцијата на ТМР во Канада на возраст од 8-12 години е 3,8/1000 деца, а инциденцијата на ТМР е 5,4/1000 деца.

Според Hagberg (1981), преваленцијата на ЛМР во Шведска на возраст од 8-12 години изнесува 3,7%.

Според Rantakallo (1986) во Финска преваленцијата на МР на возраст од 0-14 години е следна: ТМР со 6,3/1000 деца и на ЛМР 5,6/1000 деца.

Според Katusia, Colligan и Beard од САД (1995) преваленцијата на ТМР кај деца од раѓањето до 8 годишна возраст партиципира со 4,9/1000 случаи а кај ЛМР 4,3/1000 случаи.

Според Matilainen и Airaksinen (1995), преваленцијата на МР во Финска на возраст од 8-9 годишна возраст е следна: ТМР со 6,3/1000 случаи а ЛМР со 7,5/1000 случаи.

Според Beange и Taplin (1996), преваленцијата на МР во Австралија на возраст од 20-25 години е следна: ЛМР со 2,19/1000, Down syndrome со 0,96/1000, и ТМР 2,19/1000 случаи.

Според Fernell (1996), преваленцијата на ЛМР во Шведска на возраст од 9-15 години е 12,8/1000 случаи.

Според Rumeau-Rouquette и Grandjean (1977), преваленцијата на ТМР во Франција на возраст од 8-17 години е 3,56/1000 случаи (Down syndrome 0,98/1000 случаи).

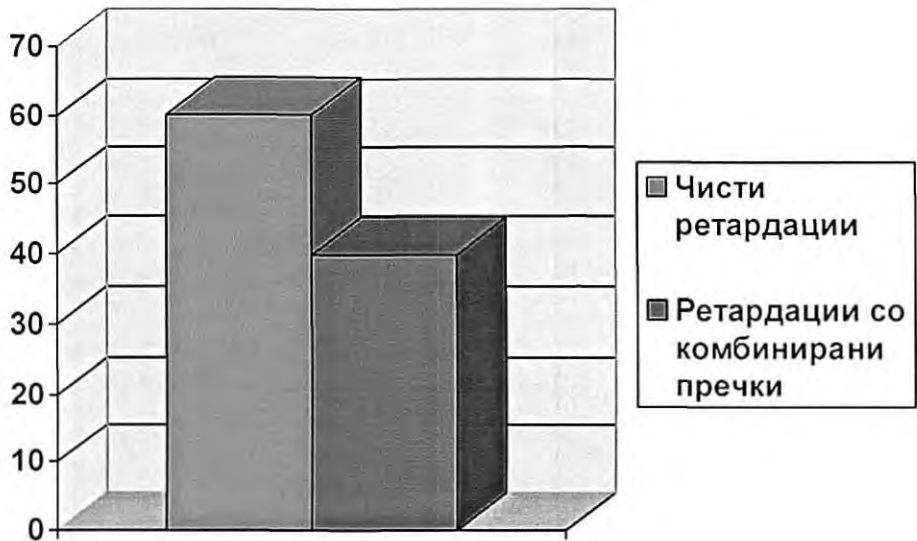
⁹⁸ Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986
<http://aaidd.allenpress.com>

Според табела 3 и слика 3, доминантна е возрасната група од 11-15 год со 45,5%, следува возрасната група од 6-10 год со 28,6%, потоа возрасната група од 16-20 год со 18,3%, возрасната група од 0-5 год со 4,2% и возрасната група над 21 год со 3,4%. Доминантната возрасна група од 11-15 год е застапена кај ЛМР со 45,4%, кај УМР со 49,3%, кај ТМР со 46,1%, а кај ДМР е застапена со 29,8%. Детекцијата на видо-вите на МР е најголема во школскиот образовен период и изнесува 92,4%, додека детекцијата во предучилишниот период (0-5 год) е нај-мала и изнесува 4,2%. Во предучилишниот период доминира детекци-јата на длабоката ментална ретардација и тоа со 25,1%.

Статистичката анализа во однос на застапеноста на возрасните групи на интелектуалната попреченост, со Хи- квадрат тест ($\chi^2=369,2$; $df=12$; $p<0,001$) се потврди претпоставката на хипотезата дека кај интелектуалната попреченост најзастапена е возрасната група од 11-15 години.

Табела 4. Дистрибуција на чистите ретардации и вкупниот број на ретардации со комбинирани пречки

МР	Чисти ретардации	%	Ретардации со комбинирани пречки	%	вкупно	χ^2	df	p
ЛМР	1806	77,3	530	22,7	2336	831	3	<0,001
УМР	461	59,1	319	40,9	780			
ТМР	256	26,6	705	73,4	961			
ДМР	60	27,9	155	72,1	215			
вкупно	2583		1709		4292			
Вкупно %	60,2		39,8					



Сл.4. Дистрибуција на чистите ретардации и ретардации со комбинирани пречки

Според Durkin застапеноста на ТМР во Пакистан изнесува 19.0/1000 случаи, а на ЛМР изнесува 65,3/1000 случаи⁹⁹.

Според S. Durkin, N. Z. Khan, L. L. Davidson S. Huq, S. Munir, E. Rasul и S. S. Zaman, застапеноста на ТМР била 5,9/1000 деца на возраст

⁹⁹ The prevalence of Mental retardation Among Third Grade Elementary School children in the Suwon Area, Korea, 89-90.

од 2-9 година, а застапеноста на ЛМР била 14,4/1000 деца на возраст од 2-9 години¹⁰⁰.

Во една студија направена во Северна Финска во 1986 година биле опфатени 119 лица со ментална ретардација, и тоа ЛМР била застапена кај 71(59,7%) лице, УМР била застапена кај 24 (20,1%) лица, ТМР била застапена кај 10 (8,4%) лица и ДМР била застапена кај 14 (11,8%) лица.

Во друга студија истотака направена во Северна Финска во 1966 година биле опфатени 151 лице со ментална ретардација и тоа: ЛМР била застапена кај 60 (39,7%) лице, УМР била застапена кај 46 (30,5%) лица, ТМР била застапена кај 28 (18,5%) лица и ДМР била застапена кај 17 (11,3%) лица¹⁰¹.

Според табела 4 и слика 4, од вкупниот број на лица со МР кој изнесува 4292, чистите ретардации се повеќе застапени и тоа со 60,2% во однос на ретардациите со комбинирани пречки кои се застапени со 39,8%. ЛМР е позастапена кај чистите ретардации со 77,3%, отколку кај ретардациите со комбинирани пречки со 22,7%. УМР е позастапена кај чистите ретардации со 59,1% во однос на ретардациите со комбинирани пречки со 40,9%. ТМР со 73,4% и ДМР со 72,1% се позастапени кај ретардациите со комбинирани пречки.

Статистичката анализа на застапеноста на чистата МР и МР со комбинирани пречки, со Хи- квадрат тестот ($\chi^2 = 831$, $df=3$, $p<0,001$) се

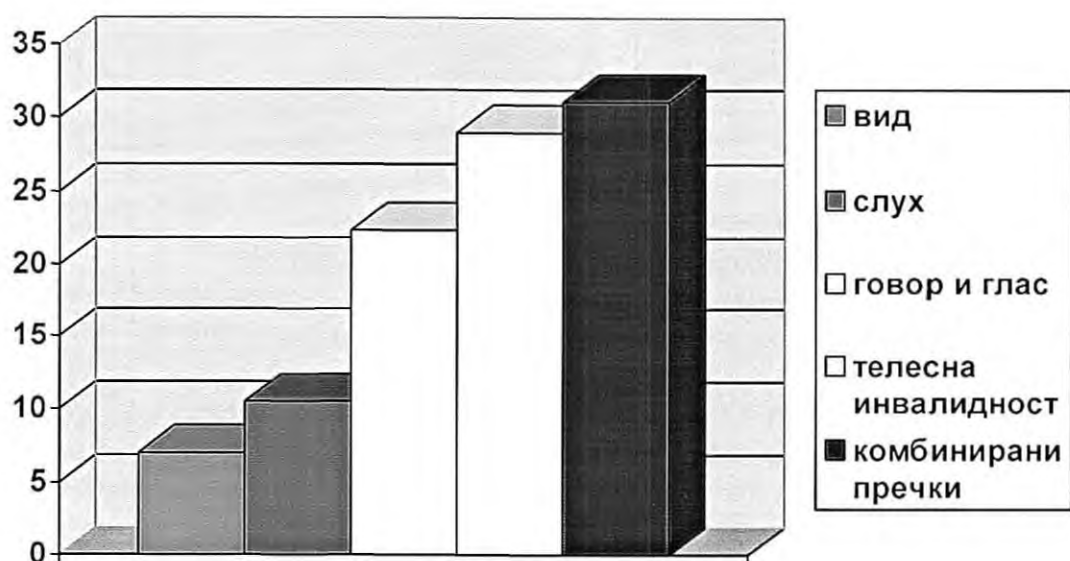
¹⁰⁰ Prenatal and Postnatal Risk Factors for Mental Retardation among Children in Bangladesh
<http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/full>.

¹⁰¹ Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986.
<http://aaidd.allenpress.com>

потврди претпоставката на хипотезата дека чистата МР е пофреквентна во однос на МР со комбинирани пречки.

Табела 5. Дистрибуција на видовите на менталната ретардација со комбинирани пречки

МР	вид	%	слух	%	Говор и глас	%	Телесна инвалид ност	%	Комбини- рани пречки	%	вкупно	χ^2	df	p
ЛМР	60	11,3	103	19,4	234	44,2	63	11,9	70	13,2	530	575	12	<0,001
УМР	29	9,1	29	9,1	107	33,5	98	30,7	56	17,6	319			
ТМР	24	3,4	35	4,9	38	5,4	262	37,2	346	49,1	705			
ДМР	7	4,5	13	8,4	4	2,6	72	46,4	59	38,1	155			
вкупно	120		180		383		495		531		1709			
Вкупно %	7,0		10,5		22,4		29,0		31,1					



Сл.5. Дистрибуција на видовите на интелектуална попреченост со пречки

Застапеноста на МР кај инвалидните лица е различна, и тоа МР кај лицата со оштетен вид изнесува 20-25%. 10% од МР лица имаат проблеми со слухот, а 80% од МР лица имаат проблеми со говорот и гласот¹⁰².

Според табела 5 и слика 5 кај МР со комбинирани пречки најзастапена е МР со комбинирани пречки и тоа со 31,1%, следува МР со телесна инвалидност со 29,0%, потоа МР со пречки во говорот и гласот со 22,4%, МР со пречки во слухот е застапена со 10,5% и МР со пречки во видот учествува со 7,0%.

ЛМР (со 44,2%) и УМР (со 33,5%) доминираат кај МР со пречки во говор и глас. ТМР е најзастапена кај МР со комбинирани пречки и тоа со 49,2%. ДМР (со 38,1%) е најзастапена кај МР со телесна инвалидност.

¹⁰² Definicija i klasifikacija mentalne retardacije
[http:// www.nakladaslap.com](http://www.nakladaslap.com)

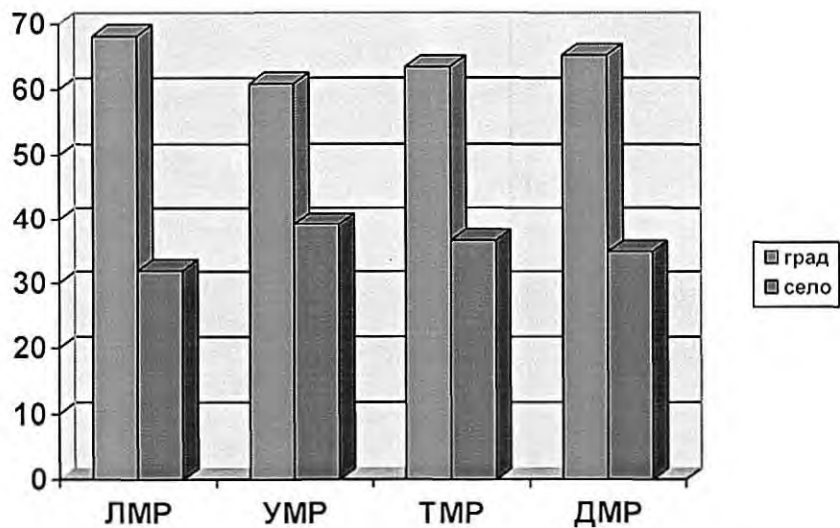
Кај комбинирани пречки всушност се работи за постоење истовремено кај лицето со МР на две или повеќе пречки од типот на видот, слухот, говорот и гласот, и телесна инвалидност.

Кај 134 лица со МР е засегнат видот, слухот, говорот и гласот. Кај 101 лице со МР е засегнат видот и слухот. Кај 100 лица со МР е засегнат видот, говорот и гласот. Кај 196 лица со МР е засегнат слухот, говорот и гласот.

Статистичката анализа на застапеноста на видовите на МР со комбинирани пречки, со Хи квадрат тестот ($\chi^2=575$, $df=12$, $p<0,001$), се потврди претпоставката на хипотезата дека кај МР со пречки најзастапена е МР со комбинирани пречки.

Табела 6. Дистрибуција на лицата со ментална ретардација според местото на живеење

Место на живеење	ЛМР	%	УМР	%	ТМР	%	ДМР	%	вкупно	%	χ^2	df	p
град	1591	68,1	474	60,8	609	63,4	140	65,2	2814	65,6	16,7	3	=0,001
село	745	31,9	306	39,2	352	36,6	75	34,8	1478	34,4			
вкупно	2336		780		961		215		4292				



Сл.6. Дистрибуција на лицата со интелектуална попреченост според местото на живеење

Според една студија направена од Dupont МР е повеќе застапена во селските подрачја во однос на градските подрачја¹⁰³.

Во друга студија според Fernell направена во Шведска застапеноста на МР во градските општини била 12,8/1000¹⁰⁴.

¹⁰³ Heikura, U., (2008), “Intellectual disability in the Northern Finland birth cohort 1986”; 36

¹⁰⁴ The prevalence of Mental retardation Among Third Grade Elementary School children in the Suwon Area, Korea, 89

Според една студија направена од Bashir A.; Yaqoob M.; Ferngren H.; Gustavson K-H.; Rydelius P-A.; Ansari T.; Zaman S, во Пакистан преваленцијата на ЛМР на лица од 6-10 години е 6,2%, и тоа 1,2% од децата со МР припаѓале на средната класа, 4,8% од децата со МР биле од село, 6,1% биле од град и 10% биле од сиромашни краеве¹⁰⁵.

Дистрибуцијата на менталната ретардација во 12 покраини во Кина според средината на живеење, според пол и возраст е следна: односот машки-женски пол во урбана средина е 1:0,94, а во рурална средина е 1:0,97. Односот урбана-рурална средина за возраст од 0-14 години е 17,3%:31,4%, а односот урбана-рурална средина за возраст од 15-59 години е 72,2%:60,3%. Односот урбана-рурална средина за возраст над 60 години е 10,5%:8,3%¹⁰⁶.

Во една студија на Kang Xiang од Кина кој ја истражувал застапеноста на менталната ретардација во 12 региони во Кина, при што утврдил дека преваленцијата на менталната ретардација во рурална средина е 3,73%, а во урбана средина преваленцијата била 2,04%¹⁰⁷.

Според местото на живеење (табела 6 и слика 6), анализата покажа дека лицата со МР повеќе се застапени во градска отколку во селска средина. Од вкупниот број на лица со МР, 65,6% живеат в град, а 34,4% живеат в село, што е во корелација со фактот дека поголем дел од населението во Р. Македонија живее во градска средина. Нивниот сооднос е 1,9:1.

¹⁰⁵ Prevalence and associated impairments of mild mental retardation in six- to ten-year old children in Pakistan: a prospective study
<http://www.ingentaconnect.com/content/apl/spae>

¹⁰⁶ Mental Disorder in China
<http://books.google.com>

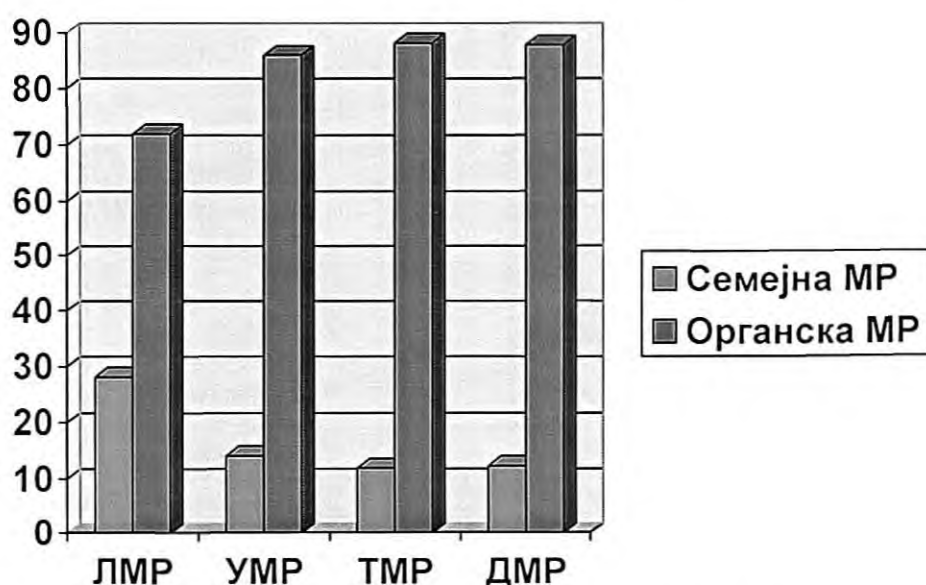
¹⁰⁷ Contemporary issues in Chinese psychiatry
<http://pb.rcpsych.org/cgi>

Во поглед на видот на МР, во градската средина, партиципираат: ЛМР со 68,1%, УМР со 60,8%, ТМР со 63,4%, и ДМР со 65,2%, додека во селската средина партиципираат: ЛМР со 31,9%, УМР со 39,2%, ТМР со 36,6%, и ДМР со 34,8%.

Статистичката анализа на застапеноста на МР според местото на живеење со Хи- квадрат тест ($\chi^2=16,7$; $df=3$; $p=0,001$) се потврди претпоставката на хипотезата дека МР е позастапена во градската средина во однос на селската средина.

Табела 7. Дистрибуција на семејната и органската МР

МР	Семејна МР	%	Органска МР	%	вкупно	χ^2	df	p
ЛМР	252	28,1	644	71,9	896	45,6	3	<0,001
УМР	30	14,1	183	85,9	213			
ТМР	31	11,9	229	88,1	260			
ДМР	8	12,3	57	87,7	65			
вкупно	321		1113		1434			
вкупно %	22,4		77,6		100			



Сл.7. Дистрибуција на семејната и органската ментална ретардација

Според една студија на Matilainen et al (1995) во Северна Финска, со истражувањето биле опфатени 1388 лица со МР, каде застапеноста на органската МР била 82% а на семејната МР била 18%¹⁰⁸.

Според современите истражувања органската МР претставува експонат на ТМР кои вклучува пренатални, перинатални и постнатални етиолошки фактори. Според Burack (1990), семејната МР претставува ЛМР која е последица на социокултурни фактори.

Формирањето на табела 7 и слика 7 за дистрибуцијата на етиолошките фактори во настанувањето на МР се резултат на извршената анализа на 1434 оформени лични здравствени досиеја на лицата со МР кои се распоредени (категоризирани) во Центарот за ментално здравје на деца и младинци при Клиничката болница во Битола во период до 2007 година.

Причините кои доведуваат до МР се разновидни и вклучуваат делување на надворешни фактори и фактори на наследство, како и нивна интеракција.

Причините за појава на растројство во физичкиот и психичкиот развој можат да бидат херeditарни (наследни), конгенитални (вродени), и аквирирани (подоцна стекнати)¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986.
<http://aaidd.allenpress.com>

¹⁰⁹ Ајдински, Љ., Андреевски, В. (2001), “ 50 год заштита, рехабилитација, воспитание и образование на лицата со пречки во развојот во Република Македонија”, Скопје: Сојуз на дефектолози на Република Македонија, стр. 25.

Широка е лепезата на причините: трауми, инфекции, интоксикации, генетски, хередодегенеративни, метаболни, воспалителни, со-цијално психолошки причини и многу други¹¹⁰.

Основните причини за МР можат да се поделат во три големи групи: пренатални, перинатални и постнатални¹¹¹.

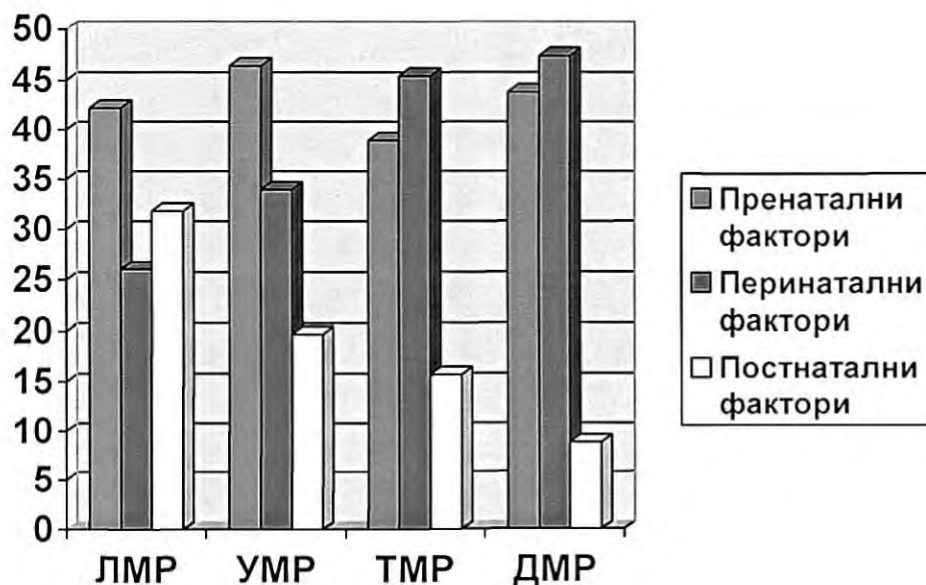
Статистичката анализа на застапеноста на семејната и органската МР, со Хи-квадрат тестот ($\chi^2=45,6$; $df=3$, $p<0,001$) се потврди претпоставката на хипотезата дека органската МР е позастапена во однос на семејната МР.

¹¹⁰ Копачев, Д. (1999), “Невропсихологија, општ и клинички дел”- скрипта, Скопје: Универзитет “Св. Кирил и Методиј”, Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.286

¹¹¹ Софијанов, Н., (1985), “Заболувања на нервниот систем во детската возраст”, Скопје: Македонска книга, стр.163

Табела 8. Дистрибуција на етиолошките фактори во настанувањето на органските ретардации

МР	Пренатални фактори		Перинатални фактори		Постнатални фактори		вкупно	χ^2	df	p
ЛМР	272	42,2%	167	26,0%	205	31,8%	644	53,31	6	<0,001
УМР	85	46,4%	62	33,9%	36	19,7%	183			
ТМР	89	38,9%	104	45,4%	36	15,7%	229			
ДМР	25	43,8%	27	47,4%	5	8,8%	57			
вкупно	471		360		282		1113			
вкупно%	42,3		32,4		25,3		100			



Сл.8. Дистрибуција на етиолошките фактори во настанувањето на органските ретардации

Во Северна Ирска со едно истражување биле опфатени n=119 лица со МР, дистрибуцијата на етиолошките фактори била следна:

- Пренаталните причини со 58,9%;
- Перинаталните причини со 3,4%;
- Постнаталните фактори со 4,2%;

- Непознати причини со 33,6%

Застапеноста на ТМР пренатално е 85,4%, перинатално 2,1%, постнатално 6,3% и со непознати причини е 6,2%.

Застапеноста на ЛМР, пренатално е 40,8%, перинатално е 4,2%, постнатално е 2,8% и со непознати причини е 52,2%¹¹².

Според Mc Laren и Bryson (1987) застапеноста на ТМР, пренатално е 20-30%, перинатално е 11% и постнатално е од 2 до 8%.

Според Gustavson, Hagberg, Hagberg и Sars застапеноста на ТМР, пренатално е 68- 73%, перинатално 8-10% и постнатално 2-8%.

Според една студија од Aracely Lantigua-Cruz, Fidel Mora et all. дистрибуцијата на етиолошките фактори кај 512 лица со ТМР, сместени во 5 специјализирани институции во Хавана е следна: пренаталните фактори се застапени со 58%, перинаталните фактори се застапени со 24,8%, и постнаталните фактори се застапени со 11,1% и непознато потекло кај 5,6% лица со ТМР¹¹³.

Во една студија извршена од Attya Bhatti и Ghazala Ashfaq во Исламабад, Пакистан, биле вклучени 100 деца со ментална ретардација на возраст од 4-16 години, од кои 61% биле лица од машки пол, а 39% биле лица од женски пол. Во однос на етиолошките фактори: пренаталните фактори се застапени со 49%, перинаталните фактори се застапени со 34% и постнаталните фактори се застапени со 17%¹¹⁴.

¹¹² Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986.
<http://aaid.allenpress.com>

¹¹³ Etiological Characterization of 512 Severely Mentally Retarded Institutionalized Patients in Havana
<http://content.karger.com>

¹¹⁴ Frequency of chromosomal anomalies in mentally handicapped children
<http://www.pmrc.org.pk/chromosomal.htm>

Според AAMR (1992), 50% од лицата со МР поседуваат повеќе од еден етиолошки фактор, а според Kozma и Stock (1993) 75% од лицата со ЛМР причините се непознати¹¹⁵.

Во една студија направена од Rubin и Davis во Јужна Африка биле опфатени 725 деца со МР на возраст од 2-6 години. Дистрибуцијата на етиолошките фактори била следна¹¹⁶:

- Пренатални причини биле застапени кај 32 (4%) лица;
- Перинаталните причини биле застапени кај 294 (41%) лица;
- Постнаталните причини биле застапени кај 152 (21%) лица;
- Невролошка дијагноза била застапена кај 18 (3%) деца;
- Непознати причини биле застапени кај 229 (31%) лица.

Според табела 8 и слика 8, во настанувањето на органските ретардации, најзастапени се пренаталните етиолошки фактори кои учествуваат со 42,32%, следуваат перинаталните етиолошки фактори со 32,34% и постнаталните етиолошки фактори со 25,34%.

Во настанувањето на ЛМР најзастапени се пренаталните фактори и тоа со 42,2%, следуваат постнаталните фактори со 31,8% и перинаталните фактори со 26,0%.

Во настанувањето на УМР, најзастапени се пренаталните фактори и тоа со 46,4%, следуваат перинаталните фактори со 33,9% и постнаталните фактори со 19,7%.

Во настанувањето на ТМР, најзастапени се перинаталните фактори и тоа со 45,4%, следуваат пренаталните фактори со 38,9% и постнаталните фактори со 15,7%.

¹¹⁵ Genetic causes of mental retardation
http://www.thearc.org/net_community

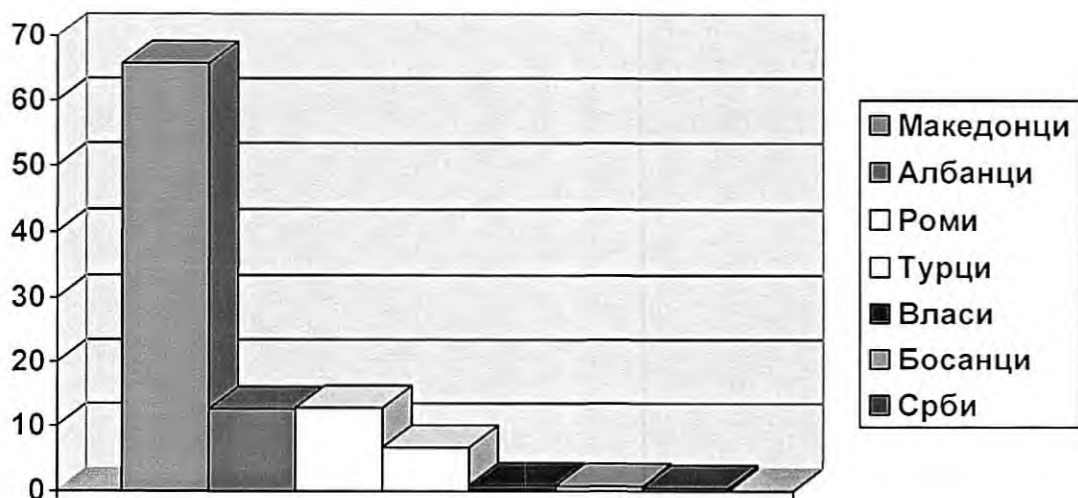
¹¹⁶ Etiology of developmental disabilities in Soweto, South Africa
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender>.

Во настанувањето на ДМР, најзастапени се перинаталните фактори и тоа со 47,4%, следуваат пренаталните фактори со 43,8% и постнаталните фактори со 8,8%.

Статистичката анализа на застапеноста на етиолошките фактори во настанувањето на органската ментална ретардација, со Хи квадрат тест ($\chi^2=53,31$, $df=6$, $p<0,001$) се потврди претпоставката на хипотезата дека пренаталните етиолошки фактори се најзастапени во појавата на органската ментална ретардација.

Табела 9. Дистрибуција на менталната ретардација според националната припадност

Ментална ретардација	Македонци	Албанци	Роми	Турци	Власи	Босанци	Срби	вкупно	χ^2	df	p
ЛМР	577	96	141	66	8	3	5	896	48,5	18	<0,001
УМР	150	27	20	12	1	3		213			
ТМР	165	52	18	15	4	5	1	260			
ДМР	50	7	4	3			1	65			
вкупно	942	182	183	96	13	11	7	1434			
вкупно %	65,7	12,6	12,8	6,7	0,9	0,8	0,5				



Сл.9. Дистрибуција на менталната ретардација според националната припадност

Податоците за застапеноста на интелектуалната попреченост според национална припадност се добиени врз основа на анализа на 1434 оформени досиеја на лица со интелектуална попреченост чија категоризација е извршена во Службата за ментално здравје при Клиничка болница во Битола во период до 2008 год, при што се опфатени општините Битола, Демир Хисар, Крушево и Ресен, а само извесен период општините Охрид, Прилеп, Кавадарци, Струга, Македонски Брод, Кичево и Дебар.

Според табела 9 и слика 9, интелектуалната попреченост е застапена кај Македонците со 65,7%, кај Албанците со 12,6%, кај Ромите со 12,8%, кај Турците со 6,7%, кај Власите со 0,9%, кај Босанците со 0,8% и кај Србите со 0,5%.

Статистичката анализа на застапеноста на МР според националната припадност, со Хи- квадрат тест ($\chi^2=51,86$, $df=18$, $p<0,001$) се потврди претпоставката на хипотезата дека постои разлика во застапеноста на МР според национална припадност.

Табела 10. Дистрибуција на пренаталните фактори во настанувањето на МР

Пренатални фактори	ЛМР		УМР		ТМР		ДМР		вкупно	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
1.хромозомски аберации	63	23,2	19	22,3	17	19,2	5	20,0	104	22,1
2.мултифакторијална интелектуална попреченост									56	11,9
а. Microcephaliја			6	7,1	6	6,7	3	12,0	15	3,2
б. Hydrocephalus			6	7,1	11	12,4	3	12,0	20	4,2
в. Encephalopathia			3	3,5	13	14,6	5	20,0	21	4,5
3. надворешни фактори									268	56,8
а. консумација на лекови за време на бременост	73	26,8	22	25,9	13	14,6			108	22,9
б. вирусни инфекции кај мајката (рубеола, инфлуенца, заушки и др)	26	9,5	5	5,9	6	6,7	2	8,0	39	8,3
в. Ендокрини фактори (мајката со дијабет)	29	10,7	3	3,5	2	2,2			34	7,2
г. бременост после 45 год. возраст	28	10,3	8	9,4	8	9,0			44	9,3
д. хипотиреозидизам кај мајката	31	11,4	10	11,8	2	2,2			43	9,1
4. мукополисахаридоза					5	5,6	1	4,0	6	1,3
5.кардиоваскуларни нарушувања	22	8,1	3	3,5	4	4,5			29	6,2
б. церебрална атрофија					2	2,2	6	24,0	8	1,7
вкупно	27,2		85		89		25		471	
вкупно %	57,7		18,0		19,0		5,3		100	

Во една студија направена во Северна Финска во 1986 година биле опфатени 119 лица со ментална ретардација. Пренаталните фактори биле застапени кај 70 (58,8%) лица, а во состав на тие пренатални фактори генетските растројства биле застапени кај 43 (36,1%) лица, и тоа Down syndrome бил застапен кај 16 (13,4%) лица, други хромозомски аберации биле застапени кај 7 (5,9%) лица, моногенетски мутации биле застапени кај 9 (7,6%) лица, мултифакторијални причини биле застапени кај 11 (9,2%) лица, малформации на ЦНС биле застапени кај 19 (16,0%) лица. Надворешните пренатални растројства биле застапени кај 8 (6,7%) лица и тоа: интоксикации кај 1 (0,8%) лица и прематурус кај 7 (5,9%) лица¹¹⁷.

Во друга студија исто така направена во Северна Финска во 1966 година биле опфатени 151 лице со ментална ретардација. Пренаталните фактори биле застапени кај 85 (56,3%) лица: генетските растројства биле застапени кај 57 (37,1%) лица и тоа Down syndrome бил застапен кај 38 (25,2%) лица, други хромозомски аберации биле застапени кај 1 (0,7%) лице, моногенетски мутации биле застапени кај 12 (7,9%) лица, мултифакторијални причини биле застапени кај 6 (4,0%) лица, малформации на ЦНС биле застапени кај 14 (9,3%) лица. Надворешните пренатални растројства биле застапени кај 14 (9,3%) лица и тоа: инфекции кај 2 (1,3%) лица, прематурус кај 11 (7,3%) лица, и труење кај 1 (0,7%) лица.

Хромозомските аберации се среќаваат кај 10-15% од бременостите. Најмалку 95% од бременостите со хромозомска аберација се губат

¹¹⁷ Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986
<http://aaid.allenpress.com>

пред терминот за породување. Направените кариотипови на абортираните плодови покажуваат дека околу 50% од хромозомските аберации се трисомии, 20% се моносомии, 15% се триполоидии, а и остатокот се тетраплоидии и структурни аберации¹¹⁸.

Според една студија од Aracely Lantigua-Cruz, Fidel Mora et all. Кај пренаталните причини најзастапени се генетските фактори со 82,8%. Од пренаталните генетски фактори, хромозомските аберации се застапени со 86,5% (Down syndrome е застапен со 96,2% а другите хромозомски аберации се застапени со 3,7%)¹¹⁹.

Penrose во 1993 година воочил врска меѓу преваленцијата на Down-овиот синдром и возраста на мајката. Жена на возраст од 30 години има веројатност да роди дете со Даунов синдром 1:910, жена на возраст од 35 години веројатноста да роди дете со Даунов синдром е 1:350, а жена на возраст од 40 години веројатноста да роди дете со Даунов синдром е значително повисока и изнесува 1:100¹²⁰.

Зачестеноста на појавување на Down-ов синдром е приближно 1:650 до 1:700. Во Велика Британија околу 50% од случаите се детектираат пренатално¹²¹.

Во една студија направена во Еквадор во кои биле опфатени 120 лица со МР (57%-машки и 43%-женски). Со генетско потекло биле 77%,

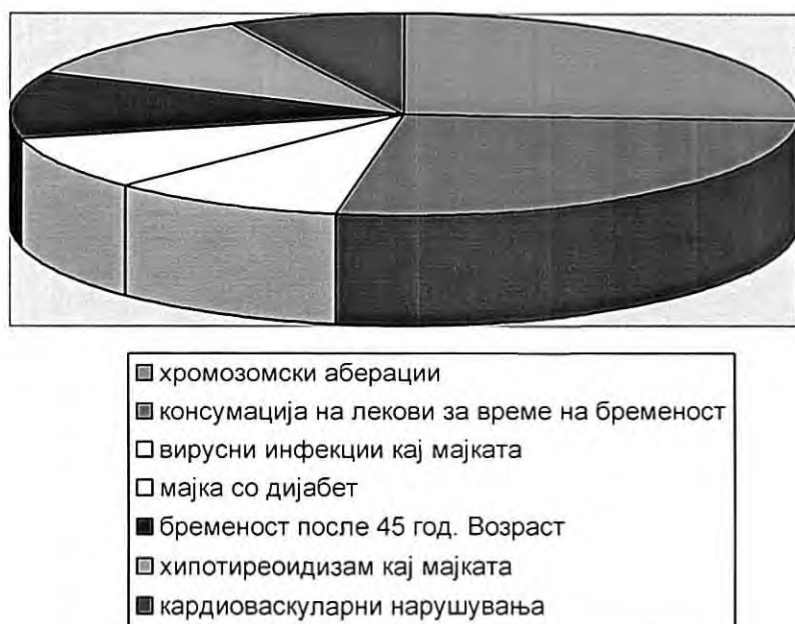
¹¹⁸ Трајковски, В., (2008), "Медицински основи на инвалидност", Скопје:Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.77.

¹¹⁹ Etiological Characterization of 512 Severly Mentally Retarded Institutionalized Patients in Havana.
<http://content.karger.com>

¹²⁰ Invazivne i neinvazivne metode prenatalne dijagnostike.
<http://hpps.kbsplit.hr>

¹²¹ Трајковски, В., (2008), "Медицински основи на инвалидност", Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр. 81

а 23% биле со непозната етиологија. Генетските причини биле хромозомски со 66%, моногенетски со 33% и мултифакторијални со 1%. Хромозомските аберации (66%) се детерминирани со Down syndrome (63%) и Klinefelter syndrome (3%)¹²².



Сл.10. Дистрибуција на пренаталните етиолошки фактори во настанувањето на органската ментална ретардација

Анализирајќи ги пренаталните етиолошки фактори (табела 10 и слика 10) кои влијаат на појавата на ментална субнормалност се констатира дека најзастапени пренатални фактори се: **надворешните фактори** кои учествуваат со 56,8% и се детерминирани со следните фактори: консумација на лекови за време на бременоста (22,9%), вирусни инфекции (рубеола, инфлуенца, заушки и др) за време на бременоста учествуваат со 8,3%, ендокрини фактори (дијабетес, хипотиреоза) кај

¹²² Development delay and mental retardation
<http://www.eurogentest.org>

мајката учествуваат со 16,3% и бременост после 45 год возраст учествува со 9,3%.

Интраутериното дејствување на надворешните фактори- консумација на лекови, вирусни инфекции, ендокрини фактори (дијабетес, хипотиреоза) доведуваат до нарушување на развојот на плодот што доведува до појава на ментална субнормалност¹²³.

Следуваат со 22,1% **хромозомските аберации** со засегнување на автосомните хромозоми (Down syndrome) и на половите хромозоми (Sy. Turner, Sy Klinefelter)¹²⁴. Постојат забележувања за релативно висок степен на поврзаност помеѓу возраста на мајката и раѓањето на монголоидни деца, со зголемување на животната возраст на мајката рамномерно расте и бројот на монголоидни деца¹²⁵. Во 95-97% од случаите со Down- ов синдром не се наследни¹²⁶. **Староста на мајката** е главен фактор во етиологијата на Down- ов синдром¹²⁷.

Мултифакторијалната ретардираност учествува со 11,9% и е резултат на заедничкото влијание на генетскиот и надворешниот фактор¹²⁸ и ја сочинуваат microcephalus со 3,2%, hidrocephalus со 4,2%, и encephalopatia со 4,5%.

¹²³ Софијанов, Н., (1985), "Заболување на нервниот систем во детската возраст", Скопје: Македонска книга, стр. 172.

¹²⁴ Радојчиќ, В., (1973), "Клиничка неурологија", Београд- Загреб: Медицинска книга, стр. 511

¹²⁵ Кесмановиќ, D., Loga, S., Cerić, I., Marković, A. (1983), "Psihijatrija", Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga, стр. 603

¹²⁶ Циков, З., (2008), "24 часа здравје", текст- Задолжителна проверка за Down- ов синдром во бременоста, Скопје, стр. 6-7

¹²⁷ Радојчиќ, В., (1973), "Клиничка неурологија", Београд- Загреб: Медицинска книга, стр. 1182

¹²⁸ Софијанов, Н., (1985), "Заболување на нервниот систем во детската возраст", Скопје: Македонска книга, стр. 164.

Кардиоваскуларните нарушувања предизвикани од тешки срцеви декомпензации во појавата на менталната субнормалност учествуваат со 6,2%. **Церебралната атрофија** како причина за појава на ментална ретардација учествува со 1,7%. **Мукополисахаридите** претставуваат хетерогена група на генетски метаболни заболувања¹²⁹ во појавата на интелектуална попреченост учествува со 1,3%. Пренаталните фактори влијаат во појавата на лесна ментална ретардација во 57,7%, на умерената ментална ретардација во 18,0%, на тешката ментална ретардација во 19,0% и на длабоката ментална ретардација во 9,3%

Пренаталните фактори влијаат во појавата на ЛМР во 57,7%, на УМР во 18,0%, на ТМР во 19,0% и на ДМР во 5,3%.



Сл.11. Дистрибуција на пренаталните етиолошки фактори во појавата на ЛМР

¹²⁹ Софијанов, Н., (1985), "Заболување на нервниот систем во детската возраст", Скопје: Македонска книга, стр. 269

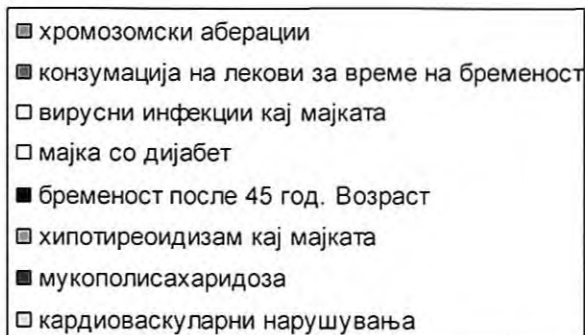
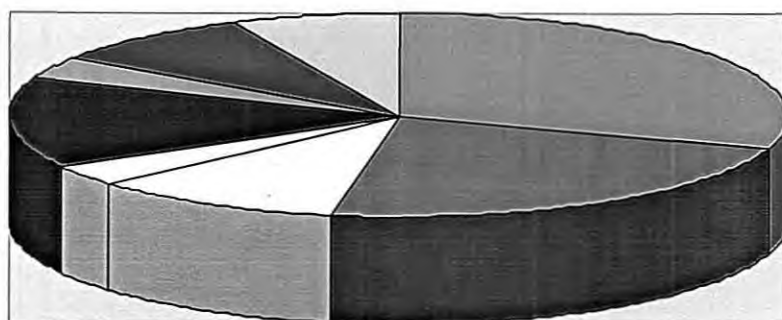
Според извршената анализа и според слика 11 во појавата на ЛМР како етиолошки пренатален фактор најзастапен е консумирање на лекови на мајката за време на бременост со 26,8%, следуваат хромозомските аберации со 23,2%, хипотиреоидизам кај мајката за време на бременост со 11,4%, мајка со дијабетес за време на бременост учествува со 10,7%, бременост на мајката после 45 година како фактор партиципира со 10,3%, вирусни инфекции кај мајката за време на бременост како фактор учествуваат со 9,5% и факторот кардиоваскуларни нарушувања кај детето учествува со 8,1%.

Консумација на лекови од страна на мајката за време на бременост како етиолошки фактор се наметнува поради примање посебно во раниот период на бременоста на медикаментозна терапија од типот на хормонална терапија, кортикостероиди, антибиотици и друга медикаментозна терапија поради повремени крварења, интензивни болки, воспалителни промени со висока температура, негативно влијае на органогенезата и ембрионалниот развој на плодот и има влијание во појавата на видовите на интелектуална попреченост.



Сл.12. Дистрибуција на пренаталните етиолошки фактори во појавата на УМР

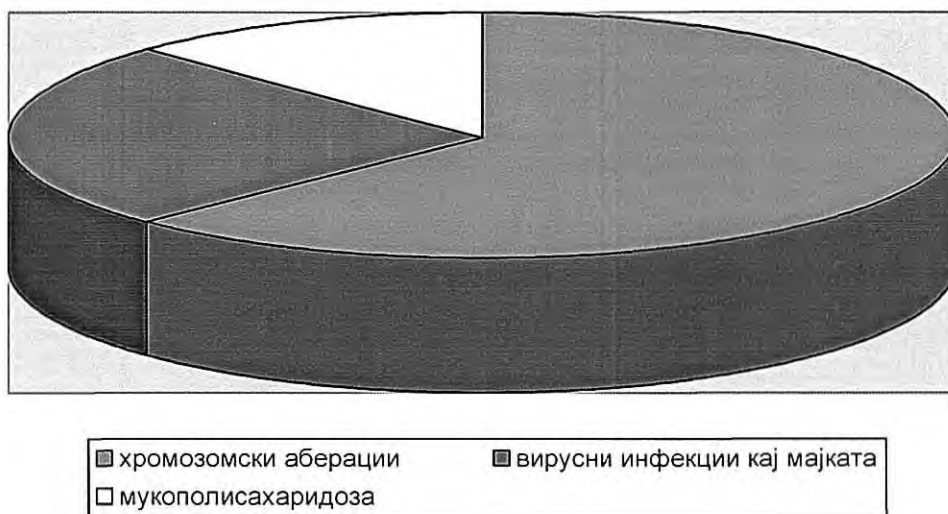
Според слика 12. во појавата на УМР како етиолошки фактор, најзастапени се надворешните фактори и тоа со 56,5%, (се детерминирани од следните причинители: конзумација на лекови со 25,9%, вирусни инфекции со 5,9%, мајка со дијабет со 3,5%, бременост полсе 45 година со 9,4%, и хипотиреоидизам кај мајката со 11,8%), следуваат хромозомски аберации со 22,3, мултифакторијална интелектуална попреченост учествува со 17,7% (ја детерминираат микроцефалус со 7,1%, хидроцефалус со 7,1%, и енцефалопатија со 3,5%) и кардиоваскуларни нарушувања како фактор партиципира со 3,5%.



Сл.13. Дистрибуција на пренаталните етиолошки фактори во појавата на ТМР

Што се однесува до пренаталните фактори на ТМР, нивната дистрибуција и обем на влијание може да биде согледана во слика 13. Доминантен фактор кај ТМР се причинителите наведени како: надворешни фактори кои партиципираат со 34,9%. Во овие фактори спаѓаат: конзумација на лекови за време на бременоста со 14,6%, вирусни инфекции кај мајката за време на бременост со 6,7%, бременост после 45 година со 9,0%, ендокрини фактори (мајката со дијабет и хипотиреоидизам) со 4,6%. Следува мултифакторијалното нарушување со 33,7% детерминирано од микроцефалус со 6,7%, хидроцефалус со 12,4%, и енцефалопатија со 14,6%. Понатаму следуваат генетските и хромозомските аберации со 19,1%, мукополисахаридоза со 5,6%, кардиоваскуларните нарушувања со 4,5% и церебрална атрофија со 2,3%.

Од ова произлегува дека генетските, мултифакторијалните и надворешните причини влијаат со вкупно 87,7% во создавањето на ДМР.



Сл.14. Дистрибуција на пренаталните етиолошки фактори во појавата на ДМР

Ако се анализираат податоците за влијанието на пренаталните причинители во делот на ДМР се констатираат состојби што се прикажани во слика 14.

Како што може да се забележи мултифакторијалното нарушување учествува со 44,0% како причинител на појавата на ДМР, потоа следува церебралната атрофија која учествува со 24%, а со 20% се застапени причинителите за хромозомските аберации, надворешните фактори и тоа вирусни инфекции кај мајката за време на бременост учествуваат со 8,0% и полисахаридозата како причинител учествува со 4,0%.

Табела 11. Дистрибуција на перинатални фактори во настанувањето на МР

Перинатални фактори	ЛМР		УМР		ТМР		ДМР		вкупно	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
1.асфиксија- аноксија (помодрено асфиктично дете)	37	22,1	17	27,4	36	34,6	9	33,4	99	27,5
2.породилни трауми (механички притисок на мозокот на плодот)									175	48,6
а.папочна врвца околу вратот	16	9,6	5	8,1	8	7,7	3	11,1	32	8,9
б.vacuum extractor (форцепс, царски рез, епизиотомија)	19	11,4	6	9,7	12	11,5	3	11,1	40	11,1
в.карлична положба на плодот при породување	18	10,8	6	9,7	6	5,8			30	8,3
г.крупен плод	15	9,0	6	9,7	4	3,8			25	7,0
д.појава на близнаци	14	8,4	4	6,4	3	2,9			21	5,8
ѓ.placenta praevia	5	3,0			5	4,8	6	22,2	16	4,4
е.интракранијално крварење					5	4,8	6	22,2	11	3,1
3.хипербилирубинемија (kernicterus)	10	6,0	5	8,1	9	8,7			24	6,7
4.хипогликемија	3	1,8	3	4,8	3	2,9			9	2,5
5.praematurus	30	17,9	10	16,1	13	12,5			53	14,7
вкупно	167		62		104		27		360	
вкупно%	46,4		17,2		28,9		7,5		100	

Во медицинската литература се наведува податокот дека како најизразено влијание на перинаталните фактори за појавата на интелектуална попреченост имаат инсуфициентната оксигенација на мозокот (хипоксија- аноксија) и недоволното снабдување со крв (исхемија)¹³⁰.

¹³⁰ Софијанов, Н., (1985), “Заболување на нервниот систем во детската возраст”, Скопје: Македонска книга, стр. 174

Притисокот кој главата на плодот го трпи при премин низ породилните патишта е голем и главна причина на породилните трауми¹³¹.

Во една студија направена во Северна Финска во 1986 година биле опфатени 119 лица со ментална ретардација. Перинаталните фактори биле застапени кај 4 (3,4%) лица и тоа: асфиксија била застапена кај 4 (3,4%) лица.

Во друга студија направена во Северна Финска во 1966 година биле опфатени 151 лице со ментална ретардација. Перинаталните фактори биле застапени кај 24 (15,9%) лица и тоа: инфекции биле застапени кај 4 (2,6%) лица, труење било застапено кај 2 (1,3%) и асфиксија кај 18 (11,9%) лица¹³².

Во една студија направена од Rubin и Davis во Јужна Африка биле опфатени 725 деца со МР на возраст од 2-6 години. Перинаталните фактори биле застапени со 294 (41%) деца и тоа асфиксија била застапена кај 209 (71%) деца, предвремено породување било застапено кај 66 (22%) деца, и неонатални проблеми биле застапени кај 19 (7%) деца¹³³.

Во нашиот примерок анализираните перинатални фактори во настанувањето на интелектуалната попреченост индицираат дека во најголем обем се последица на **породилни трауми** (механички притисок на мозокот на плодот) кои учествуваат со 48,6% и се детерминирани со следните фактори: папочна врвца околу вратот на плодот

¹³¹ Radojčić, M.B., 1986, Bolesti nervnog sistema, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, стр. 1193- 1194

¹³² Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986
<http://aaidd.allenpress.com>

¹³³ Etiology of developmental disabilities in Soweto, South Africa
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender>.

учествува со 8,9%, vacuum extractor (forceps, царски рез, епизиотомија) партиципира со 11,1%, карлична положба на плодот при породување учествува со 8,3%, крупен плод со 7%, појава на близнаци со 5,8%, placenta praevia партиципира со 4,4%, и интракранијално крварење со 3,1%.

Механичките притисоци на плодот, при што посебно страда ЦНС се јавуваат при карлична положба на телото на плодот, крупен плод, при папочна врвца околу вратот на плодот, појава на близнаци, постоење на placenta praevia што имплицира употреба на инструменти за довршување на породувањето од типот на forceps, vacuum extractor, епизиотомија или постапка на царски рез. **Placenta praevia**-претставува плацентарна абнормалност, постелката е всадена околу внатрешниот отвор на утерус и во текот на трите последни месеци од бременоста најчесто изненадно се јавуваат крварења. Обично породувањето завршува по абдоминален пат (со царски рез)¹³⁴. Потоа следува факторот на **асфиксија-аноксија** (помодрено асфиктично дете) застапен со 27,5%. Се јавува најчесто при неправилна позиција на плодот, предвремено одлепување на плацентата, завитканост на папочната врвца околу вратот.

Недоносеност (praematurus) како перинатален фактор ја зголемува вулнерабилноста на ЦНС, и со тоа создава можност за развој на ментална ретардација¹³⁵. Вулнерабилноста на крвните садови може да биде дополнителен момент.

¹³⁴ Софијанов, Н., (1985), "Заболување на нервниот систем во детската возраст", Скопје: Македонска книга, стр. 288

¹³⁵ Kecmanović, D., Loga, S., Cerić, I., Marković, A. (1983), "Psihijatrija", Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga, стр. 605

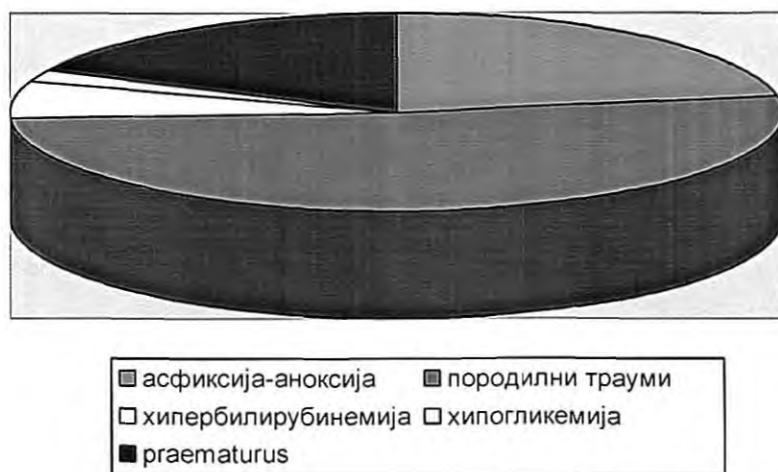
Во нашето истражување овој перинатален причинител учествува со 14,7%. Недоносеност претставува предвремено породување¹³⁶.

Хипербилирубинемијата предизвикана од АВО и Rh инкомпатибилност, претставува значаен фактор за оштетување на ЦНС преку појавата на kernicterus (нефизиолошка жолтица)¹³⁷ како перинатален фактор учествува со 6,7%.

Хипогликемија- долготрајната неонатална хипогликемија настаната непосредно по раѓањето може да доведе до деструкција на ЦНС¹³⁸.

Перинаталните фактори во настанувањето на ЛМР учествуваат со 46,4 %, на УМР со 17,2%, на ТМР со 28,9% и ДМР со 7,5%.

Перинаталните фактори во настанувањето на ЛМР учествуваат со 46,4%, на УМР со 17,2%, на ТМР со 28,9%, и на ДМР со 7,5%.



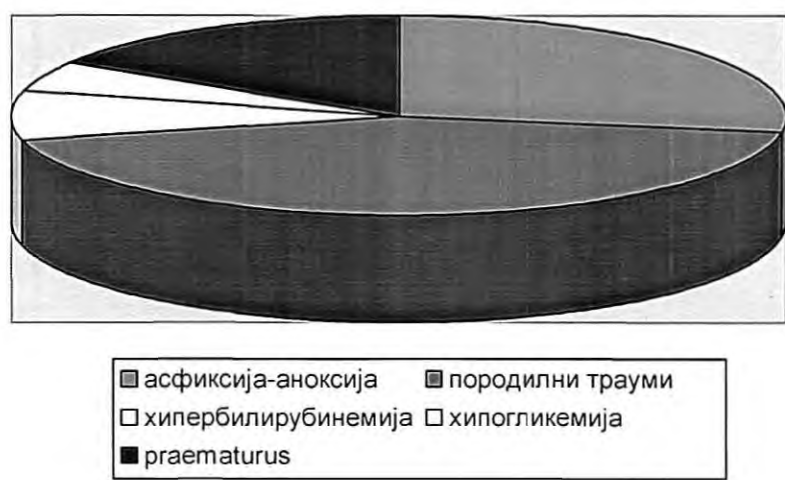
Сл.15. Дистрибуција на перинаталните етиолошки фактори во појавата на ЛМР

¹³⁶ Копачев, Д. (1999), “Невропсихологија, општ и клинички дел”- скрипта, Скопје: Универзитет “Св. Кирил и Методиј”, Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр. 264

¹³⁷ Софијанов, Н., (1985), “Заболување на нервниот систем во детската возраст”, Скопје: Македонска книга, стр. 174

¹³⁸ Софијанов, Н., (1985), “Заболување на нервниот систем во детската возраст”, Скопје: Македонска книга, стр. 174

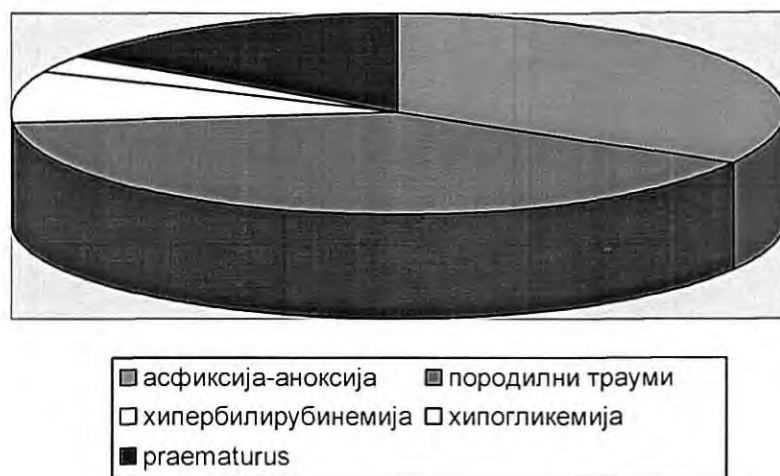
Анализата на перинаталните фактори кои влијаат на појавата на ЛМР, според табела 11 и слика 15, упатува дека најсигнификантно влијание имаат породилните трауми кои учествуваат со 52,2% (породилните трауми ги сочинуваат следните причинители: папочна врвца околу вратот на плодот учествува со 9,6%, vassuum extractor со 11,4%, карлична положба на плодот со 10,8%, крупен плод со 9,0%, појава на близнаци со 8,4; placenta praevia учествува со 3,0%), потоа следува како причинител асфиксија-аноксија со 22,1%, потоа недоносеност со 17,9%, хипербилирубинемија со 6,0% и хипогликемија со 1,8%.



Сл.16. Дистрибуција на перинаталните етиолошки фактори во појавата на УМР

Анализата на влијанието на перинаталните фактори кои влијаат на УМР ги дава следните показатели кои се прикажани на слика 16. како што може да се согледа 43,6% од причинителите на УМР се породилните трауми (породилните трауми ги сочинуваат следните причинители: папочна врвца околу вратот на плодот учествува со 8,1%, vassuum extractor, карлична положба на плодот и крупен плод се

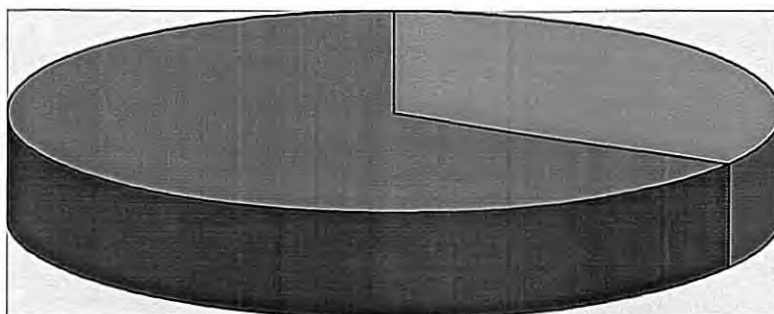
застапени со 9,7%, а појавата на близнаци учествува со 6,4%). Следуваат асфиксија-аноксија кои се застапени 27,4%, недоносеноста на детето како причинител е застапено со 16,1%. Овие три фактори учествуваат вкупно со 87,1%. Другите перинатални причинители се со помало влијание и тоа хипербилирубинемијата (kernicterus) учествува со 8,1% а хипогликемијата е застапена со 4,8%.



Сл.17. Дистрибуција на перинаталните етиолошки фактори во појавата на ТМР

Влијанието на перинаталните фактори во настанувањето на ТМР е прикажано на слика 17.

Најголем удел во настанувањето на ТМР имаат породилните трауми кои партиципираат со 41,3% (породилните трауми ги сочинуваат следните причинители: папочна врвца околу вратот на плодот учествува со 7,7%, vacuum extractor со 11,5%, карлична положба на плодот со 5,8%, крупен плод со 2,9%, placenta praevia и интракранијално крварење се застапени со 4,8%), следуваат асфиксија-аноксија со 34,6%, потоа недоносеност која е застапена со 12,5%, хипербилирубинемија со 8,7% и хипогликемија со 2,9%.



■ асфиксија-аноксија ■ породилни трауми

Сл.18. Дистрибуција на перинаталните етиолошки фактори во појавата на ДМР

Влијанието на перинаталните фактори во појавата на ДМР е прикажан на слика 18.

Во појавата на ДМР најголемо влијание имаат породилните трауми и тоа со 66,6% (породилните трауми го сочинуваат следните фактори: папочна врвца околу вратот на плодот и vacuum extractor се застапени со 11,1%, а placenta praevia и интракранијално крварење се застапени со 22,2%).

Табела 12. Дистрибуција на постнаталните етиолошки фактори во настанувањето на МР

Рани постнатални фактори	ЛМР		УМР		ТМР		ДМР		вкупно	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
1.воспаление на ЦНС									39	13,83
а.менингит	13	6,3	2	5,6					15	5,32
б.енцефалит	5	2,4	2	5,6					7	2,48
в.менингоенцефалит	6	2,9	1	2,8	2	5,6			9	3,19
г.постимунизационен енцефаломиелит	3	1,5	2	5,6	2	5,6	1	20,0	8	2,84
2.конвулзии	121	59,0	16	44,3	17	47,1	4	80,0	158	56,03
3.ADHD (хиперкинетски синдром)	32	15,6	1	2,8					33	11,70
4.детска церебрална парализа									46	16,31
а.спастична тетраплегија	2	1,0	3	8,3	7	19,4			12	4,25
б.спастична хемиплегија	9	4,4	4	11,1	2	5,6			15	5,32
в.спастична диплегија (Littleova bolest)	11	5,4	3	8,3	5	13,9			19	6,74
5.церебрална траума	3	1,5	2	5,6	1	2,8			6	2,13
вкупно	205		36		36		5		282	
вкупно %	72,69		12,77		12,77		1,77		100	

Постнаталните фактори како причинители на интелектуална попреченост полесно се откриваат и дијагностицираат. Во најголем број на случаи се работи за нарушувања и инфекции на ЦНС.

Преваленцијата на ADHD во детството е од 3%-5% помеѓу училишните деца, а односот машки-женски деца изнесува од 4:1 до 9:1¹³⁹.

Преваленцијата на церебралната парализа кај вкупната популација изнесува 3,3 на 1000 жители. Во една студија направена од 18 случаи на церебрална парализа, 2 се од постнатално потекло, 3 се генетски

¹³⁹ Трајковски, В., (2008), "Медицински основи на инвалидност", Скопје:Филозофски факултет, Институт за дефектологија, стр.159.

условени, 4 припаѓаат на рани интраутерини фактори, 4 перинатални фактори, 1 на рани утерини или на перинатални фактори, а кај 4 причината е непозната.

Во 1959 е направена студија од Henderson со цел да се утврди бројот на сите живи случаи со церебрална парализа под 21 годишна возраст во Источниот дел на Шкотска. Пресметана е преваленција од 1,5 на 1000 деца кај оние на возраст од 4 години, а 2,0 на 1000 деца кај оние на возраст од 5 до 14 години.

Во Шведска меѓу 741349 родени деца во текот на 1984-1990 година се регистрирани 1478 лица со дијагноза церебрална парализа, т.е. со зачестеност 2 на 1000 лица¹⁴⁰.

Во една студија направена од Hinton во Лондон биле опфатени 1137 деца со ментална ретардација, постнаталните причини се застапени кај 129 (11,3%) деца и тоа: со непознати причини биле застапени 45 деца (35%). Со encephalitis биле застапени 23 деца (18%) и тоа (голема кашлица кај 7 деца, заушки кај 3 деца, сипаници кај 3 деца, мала сипаница кај 1 дете, рубеола кај 1 дете и други инфективни болести кај 8 деца). Несреќни случаи кај 21 дете (16%) и тоа (паѓање од висина кај 11 деца, сообраќајна несреќа кај 9 деца). Meningitis кај 14 деца и тоа (pneumococcus кај 3 деца, meningococcus кај 3 деца, haemophilus influenzae кај 2 деца, туберкулоза кај 1 дете, streptococcus кај 1 дете, staphylococcus кај 1 дете, и со непознати причини кај 3 деца. Со разновидни болести кај 26 (20%) деца и тоа (епилепсија кај 13 деца,

¹⁴⁰ Perinatal factors associated with cerebral palsy in children born in Sweden
<http://www.greenjournal.org>

тумори кај 6 деца, hydrocephalus кај 3 деца, инфантилни спазми кај 2 деца, scaphocephalus кај 1 дете и токсоплазмоза кај 1 дете)¹⁴¹.

Во една студија направена во Северна Финска во 1986 година биле опфатени 119 лица со ментална ретардација. Постнаталните фактори се застапени кај 5 (4,2%) лица и тоа инфекциите кај 3 (2,5%) лица и траумите кај 2 (1,7%) лица.

Во друга студија исто така направена во Северна Финска во 1966 година биле опфатени 151 лице со ментална ретардација. Постнаталните фактори се застапени со 5 (3,3%) лица и тоа инфекциите кај 2 (1,3%) лица и траумите кај 3 (2,1%) лица¹⁴².

Во една студија направена од Rubin и Davis во Јужна Африка биле опфатени 725 деца со МР на возраст од 2-6 години. Постнаталните фактори биле застапени кај 152 (21%) деца и тоа: акутни церебрални инфекции биле застапени кај 49 (32%) деца, meningitis бил застапен кај 12 (8%) деца, инфантилна хемиплегија била застапена кај 21 (14%) дете, метаболички нарушувања биле застапени кај 19 (13%) деца, трауми биле застапени кај 11 (7%) деца и други акутни болести биле застапени кај 40 (26%) деца¹⁴³.

Во однос на постнаталните фактори може да се истакне дека инфекциите и конвулзиите учествуваат со 86,17%. Другите причинители-

¹⁴¹ Postnatal organic causes of mental retardation
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender>.

¹⁴² Etiological Survey on intellectual disability in the Northern Finland Birth Cohort 1986
<http://aaidd.allenpress.com>

¹⁴³ Etiology of developmental disabilities in Soweto, South Africa
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender>.

хиперкинетскиот синдром и церебралната траума се значително помалку застапени (13,83%).

Поголем број од постнаталните фактори влијаат на појавата на ЛМР и тоа со 72,69%, на УМР и ТМР со по 12,77%, и на ДМР со 1,77%.

ЦНС во детска возраст е многу чувствителен кон инфекции кои се манифестираат како воспаление на мозочните обвивки (meningitis), како воспаление на мозочното ткиво (encephalitis) и како воспаление на мозочните обвивки и мозочното ткиво (meningoencephalitis)¹⁴⁴. Поствакцинациска компликација во форма на енцефаломиелит може исто така да биде причина за ментална ретардација, посебна опасност претставува вакцинацијата против вариола¹⁴⁵.

Воспалението на ЦНС, како постнатален фактор е застапен со 13,83%, при што менингитот со 5,32%, енцефалитот со 2,48%, менинго-енцефалитот со 3,19% и постимунизациониот енцефаломиелит со 2,84%.

Конвулзиите се разликуваат од епилепсија со тоа што тие се акутни и транзиторни нарушувања и најчесто се јавуваат пред третата год од животот, додека детската епилепсија е генерализирана и се манифестира со големи епилептички напади (grand mal) или со мали епилептички напади (petit mal) во првите години од животот¹⁴⁶. Во нашето истражување овој постнатален фактор партиципира со 56,03%.

ADHD (хиперкинетски синдром) почесто се среќава кај душевно заостанатите деца (околу 12%) и настанува извесна дисфункција

¹⁴⁴ Софијанов, Н., (1985), "Заболување на нервниот систем во детската возраст", Скопје: Македонска книга, стр. 351

¹⁴⁵ Kecmanović, D., Loga, S., Cerić, I., Marković, A. (1983), "Psihijatrija", Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga, стр.605

¹⁴⁶ Радојичиќ, В., (1973), "Клиничка неурологија", Београд- Загреб: Медицинска книга, стр. 163

на ЦНС¹⁴⁷. Како постнатален фактор учествува со 11,70%. Две третини од церебралните парализи во раната детска возраст се следени со ментална ретардираност¹⁴⁸.

Детска церебрална парализа - претставува нарушување или губење на моторната функција и се јавува во првите години од животот. Овие оштетувања се трајни и стационарни и се манифестираат во три облици, како спастична тетраплегија (одземеност на четирите екстремитети), спастична хемиплегија (одземеност на рака и нога од истата страна) и спастична диплегија или Littleova болест (одземеност најчесто на долните екстремитети)¹⁴⁹. Детската церебрална парализа како постнатален фактор партиципира со 16,31%.

Церебралната траума претставува претрпени повреди на главата при сообраќајни несреќи и при пад од висина¹⁵⁰, како постнатален фактор во истражувањето учествува со 2,13%.

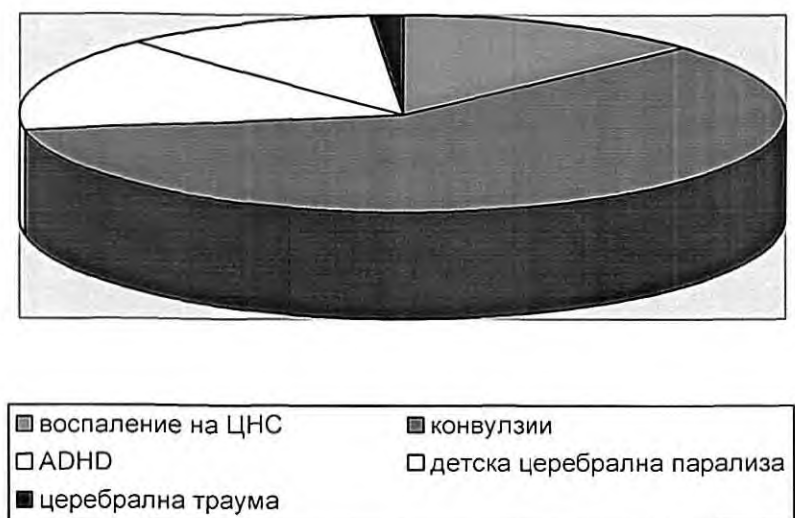
Постнаталните фактори во настанувањето на ЛМР учествуваат со 72,69%, на УМР и ТМР со 12,77%, и на ДМР со 1,77%.

¹⁴⁷ Tadić, N. (1985), "Psihijatrija detinjstva i mladosti", Beograd: Naučna knjiga, стр. 274

¹⁴⁸ Софијанов, Н., (1985), "Заболување на нервниот систем во детската возраст", Скопје: Македонска книга, стр. 287

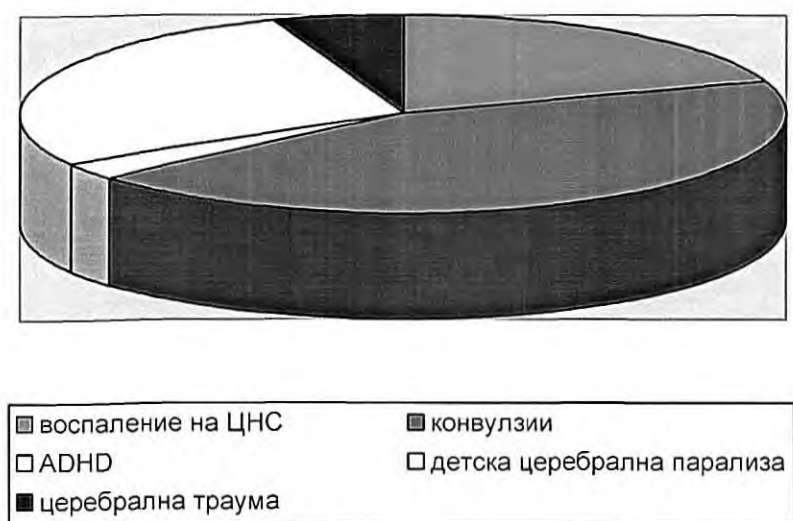
¹⁴⁹ Радојичиќ, В., (1973), "Клиничка неурологија", Београд- Загреб: Медицинска книга, стр. 494

¹⁵⁰ Kecmanović, D., Loga, S., Cerić, I., Marković, A. (1983), "Psihijatrija", Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga, стр.321



Сл.19. Дистрибуција на постнаталните етиолошки фактори во појавата на ЛМР

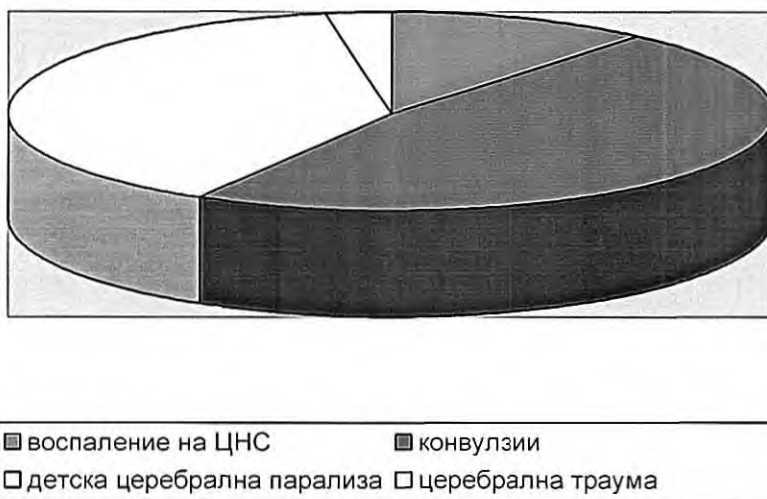
Анализата на постнаталните фактори кои влијаат на појавата на ЛМР според табела 12 и слика 19, упатува дека најголемо влијание имаат конвулзиите кои учествуваат со 59,0%, следува како причинител ADHD (хиперкинетски синдром) со 15,6%, потоа воспалението на ЦНС партиципира со 13,1%, (овој фактор е детерминиран од менингит со 6,3%, енцефалит со 2,4%, менингоенцефалит со 2,9% и поствакционален енцефаломиелит со 1,5%). Како постнатален фактор детската церебрална парализа во појавата на ЛМР партиципира со 10,8% (овој фактор е детерминиран од спастична тетраплегија со 1,0%, спастична хемиплегија со 4,4%, и спастична диплегија со 5,4%). Како постнатален фактор во појавата на ЛМР најмалку е застапена церебралната траума и тоа со 1,5%. Воспаленијата односно инфекциите на ЦНС и конвулзиите партиципират со 82,9% во појавата на ЛМР.



Сл.20. Дистрибуција на постнаталните етиолошки фактори во појавата на УМР

Влијанието на постнаталните фактори во појавата на УМР е прикажана на слика 20.

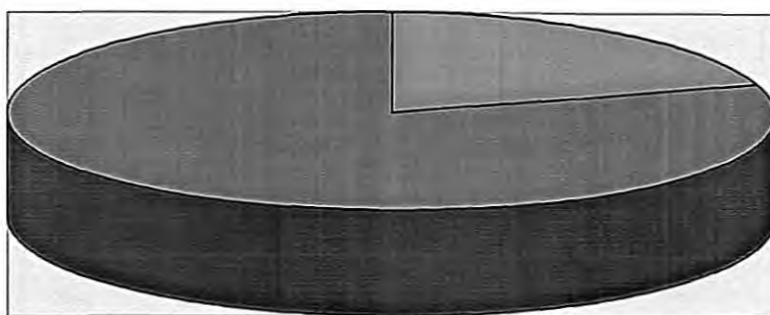
Во појавата на УМР најголемо внимание имаат конвулзиите кои партиципираат со 44,3%, потоа следува детската церебрална парализа која партиципира со 27,7% (овој фактор го сочинуваат спастична тетраплегија со 8,3%, спастична хемиплегија со 11,1% и спастична диплегија со 8,3%). Следниот фактор во настанувањето на УМР е воспаление на ЦНС кој партиципира со 19,6%. Другите причинители имаат помало влијание во појавата на УМР и се движат во следниот обем: церебрална траума со 5,6%, а ADHD (хиперкинетскиот синдром) партиципира со 2,8%. Воспалението, односно инфекциите на ЦНС и конвулзиите со 91,6% се највлијателни во појавата на УМР.



Сл.21. Дистрибуција на постнаталните етиолошки фактори во појавата на ТМР

Влијанието на постнаталните фактори во појавата на УМР е прикажана на слика 21.

Анализата покажува дека во настанувањето на ТМР доминантно влијание има постнаталниот етиолошки фактор од типот на конвулзии кои се застапени со 47,1%, потоа следува детската церебрална парализа која партиципира со 38,9% (овој фактор е детерминиран од спастична тетраплегија со 19,4%, спастична хемиплегија со 5,6%, и спастична диплегија со 13,9%). Наредниот фактор е воспаление на ЦНС кој е застапен со 11,2% (овој фактор е детерминиран од менингоенцефалит и постимунизационен енцефаломиелит со по 5,6%). Најмалку влијателен фактор е церебралната траума која е застапена со 2,8%. Инфекциите на ЦНС и конвулзиите се застапени со вкупно 97,2%, во изразувањето на ТМР.



■ воспаление на ЦНС ■ конвулзии

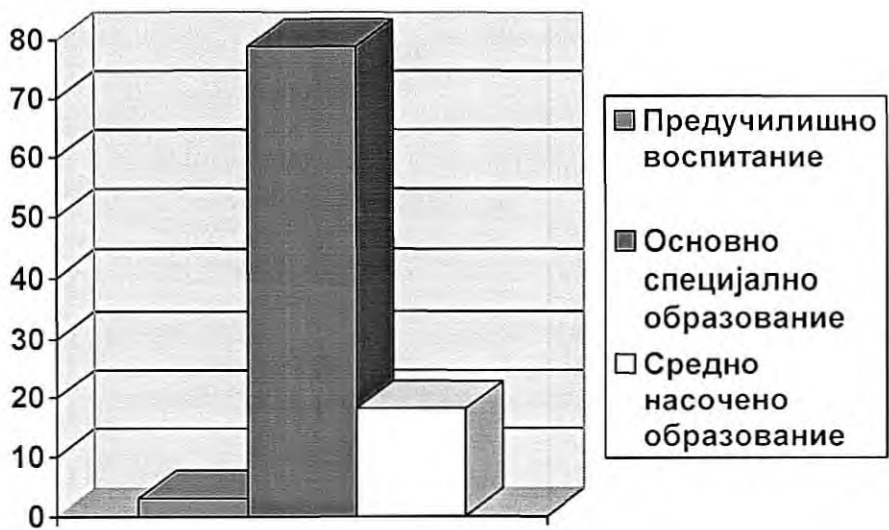
Сл.22. Дистрибуција на постнаталните етиолошки фактори во појавата на ДМР

Како постнатален етиолошки фактор во појавата на ДМР најголемо влијание имаат конвулзиите кои се застапени со 80,0%, следува воспалението на ЦНС кој е застапен со 20,0% (овој фактор е детерминиран исклучиво од постимунизационен енцефаломиелит).

Конвулзиите и постимунизациониот енцефаломиелит се наметнуваат како единствени етиолошки фактори во изразувањето на ДМР.

Табела. 13. Дистрибуција на децата со интелектуална попреченост според степен на образование

Интелектуална попреченост	Предучилишно воспитание	Основно специјално образование	Средно насочено образование	вкупно
ЛМР (бр.)	7	187	43	237
вкупно %	3,0	78,9	18,1	100



Сл.23. Дистрибуција на децата со интелектуална попреченост според степен на образование

Според табела 13 и слика 23 кај децата со лесна интелектуална попреченост најзастапено е основното специјално образование со 78,9%, следува средното насочено образование со 18,1%, а најмалку е застапено предучилишното воспитание и тоа со 3,0%.

Табела 14. Лица со интелектуална попреченост сместени во Топанско поле

општина	број	%
Битола	2	8,3
Демир Хисар	1	4,2
Прилеп	8	33,3
Струга	1	4,2
Ресен	1	4,2
Охрид	2	8,3
Дебар	2	8,3
Кичево	2	8,3
Гостивар	5	20,9
Вкупно	24	100

Според табела 14 во Заводот за рехабилитација на деца и младици Топанско поле се сместени 24 лица со умерена интелектуална попреченост од следните општини на Југозападна Македонија: од општина Прилеп 8 лица односно 33,3%, општина Гостивар со 5 лица односно 20,9%, општините Битола, Охрид, Дебар, Кичево со 2 лица односно 8,3%, и општините Демир Хисар, Струга, Ресен партиципираат со по едно лице односно 4,2%.

Табела 15. Лица со интелектуална попреченост сместени во Специјалниот завод-Демир Капија

општина	број	%
Битола	16	21,6
Демир Хисар	2	2,7
Прилеп	23	31,1
Струга	6	8,1
Ресен	1	1,4
Охрид	4	5,4
Дебар	2	2,7
Кичево	6	8,1
Гостивар	2	2,7
Кавадарци	9	12,2
Македонски Брод	3	4,0
Вкупно	74	100

Според табела 15 во Специјалниот завод во Демир Капија се сместени 74 лица со тешка и длабока интелектуална попреченост од следните општини од Југозападна Македонија: од општина Прилеп 23 лица односно 31,3%, од општина Битола 16 лица односно 21,6%, од општина Кавадарци 9 лица односно 12,2%. Општините Струга и Кичево се застапени со по 6 лица односно со 8,1%, следуваат општината Охрид со 4 лица односно со 5,4%, општината Македонски Брод со 3 лица односно со 4,0%. Општините Гостивар, Дебар и Демир Хисар учествуваат со по 2 лица односно со по 2,7% и општина Ресен партиципира со 1 лице односно со 1,4%.

Табела. 16 Лица со лесна интелектуална попреченост кои посетуваат настава во специјалните паралелки во редовните училишта

општина	предучилишна возраст	училишна возраст	вкупен број	вкупен број %
Битола	5	20	25	14,1
Демир Хисар	0	5	5	2,8
Прилеп	0	38	38	21,5
Крушево	0	6	6	3,4
Струга	0	20	20	11,3
Ресен	0	5	5	2,8
Охрид	0	20	20	11,3
Дебар	0	7	7	4
Кичево	0	9	9	5,1
Гостивар	0	15	15	8,4
Кавадарци	0	21	21	11,9
Македонски Брод	0	6	6	3,4
Вкупно	5	172	177	100

Според табела 16 од вкупниот број на лица со лесна интелектуална попреченост кои изнесува $n = 177$, кои посетуваат настава во специјалните паралелки при редовните училишта, општина Прилеп партиципира со 38 ученици од училишна возраст односно 21,5%, потоа следува општината Кавадарци со 21 ученици од школска возраст односно 11,9%, општините Охрид, Струга и Битола со 20 ученици од школска возраст и 5 ученици од предучилишна возраст односно 14,1%, општината Гостивар со 15 ученици односно 8,4%, општината Кичево со 9 ученици односно 5,1%, општината Дебар со 7 ученици односно 4%, општините Крушево и Македонски Брод со 6 ученици односно 3,4% и општините Демир Хисар и Ресен со 5 ученици односно 2,8%.

Табела 17. Лица со интелектуална попреченост сместени во Државното средно училиште за рехабилитација и образование “Св. Наум Охридски”- Скопје

општина	број	%
Битола	8	44,4
Прилеп	4	22,2
Ресен	2	11,1
Охрид	3	16,7
Кичево	1	5,6
Вкупно	18	100

Според табела 17 во Државното средно училиште за рехабилитација и образование „Св. Наум Охридски”- Скопје се сместени лица со лесна интелектуална попреченост, $n = 18$ од следните општини од Југозападна Македонија: од општина Битола 8 лица (44,4%), од општина

Прилеп 4 лица (22,2%), од општина Охрид 3 лица (16,7%) лица, од општина Ресен 2 лица (11,1%) и од општина Кичево 1 лице (5,6%).

Табела 18. Лица со интелектуална попреченост сместени во Центар за специјално средно насочено образование и воспитување “Искра”- Штип

општина	број	%
Битола	3	11,5
Прилеп	2	7,7
Струга	3	11,5
Охрид	3	11,5
Дебар	2	7,7
Кичево	3	11,5
Гостивар	6	23,1
Кавадарци	4	15,5
Вкупно	26	100

Според табела 18 во Центар за специјално средно насочено образование и воспитување „Искра” - Штип се опфатени 26 лица со лесна интелектуална попреченост од следните општини од Југозападна Македонија: од општина Гостивар се застапени 6 лица (23,1%), општина Кавадарци е застапена со 4 лица (15,5%), општините Кичево, Охрид, Струга и Битола се застапени со по 3 лица (11,5%), додека општините Дебар и Прилеп се застапени со по 2 лица (7,7%).

Табела 19. Лица со интелектуална попреченост сместени во дом семејство во општините кои припаѓаат во Западна Македонија

општина	број	%
Битола	3	6,0
Демир Хисар	2	3,9
Прилеп	7	13,7
Крушево	7	13,7
Струга	5	9,8
Ресен	2	3,9
Охрид	5	9,8
Дебар	2	3,9
Кичево	2	3,9
Гостивар	8	15,7
Кавадарци	6	11,8
Македонски Брод	2	3,9
Вкупно	51	100

Според табела 19 од вкупниот број на лица сместени во дом семејство ($n=51$) во општините кои гравитираат во Југозападниот дел од Македонија, во општина Гостивар во дом семејство се сместени 8 лица (15,7%), потоа следуваат општините Прилеп и Крушево со 7 лица (13,7%), Кавадарци со 6 лица (11,8%), Струга и Охрид со по 5 лица (9,8%), Битола со 3 лица (6,0%), општините Демир Хисар, Ресен, Дебар, Кичево и Македонски Брод со по 2 лица (3,9%).

Табела 20. Лица со интелектуална попреченост сместени во Дневни центри во општините кои припаѓаат во Западна Македонија

општина	број	%
Битола	23	12,7
Прилеп	25	13,8
Крушево	6	3,3
Струга	24	13,3
Ресен	8	4,4
Охрид	23	12,7
Дебар	13	7,2
Кичево	13	7,2
Гостивар	17	9,4
Кавадарци	19	10,5
Македонски Брод	10	5,5
Вкупно	181	100

Според табела 20 од вкупниот број $n=181$ лица со интелектуална попреченост од Југозападна Македонија сместени во Дневни центри, најзастапена е општината Прилеп со 13,8%, следуваат општините Струга со 13,3%, Битола и Охрид со по 12,7%, Кавадарци со 10,5%, Гостивар со 9,4%, Кичево и Дебар со по 7,2%, потоа општините Македонски Брод со 5,5%, Ресен со 4,4% и Крушево со 3,3%.

Табела 21. Лица со интелектуална попреченост сместени во ПОУ „д-р.Златан Сремац“ - Скопје

општина	број	%
Прилеп	1	16,7
Дебар	2	33,3
Гостивар	1	16,7
Кавадарци	2	33,3
Вкупно	6	100

Според табела 21 во ПОУ „д-р.Златан Сремац“ во Скопје, се сместени 6 лица со лесна интелектуална попреченост од следните општини на Југозападна Македонија: од општина Прилеп 1 лице, од општина

Дебар 2 лица, од општина Гостивар 1 лице и од општина Кавадарци 2 лица.

Табела 22. Лица со интелектуална попреченост сместени во ПОУ „Св. Климент Охридски“ - Ново Село, Струмица

општина	број	%
Ресен	1	9,1
Кичево	10	90,9
Вкупно	11	100

Според табела 22 во ПОУ „Св. Климент Охридски“ во Ново Село, Струмица се сместени 11 лица со лесна интелектуална попреченост од општините од Југозападна Македонија: општината Кичево со 10 лица, односно со 90,9%, а општина Ресен со 1 лице односно со 9,1%.

Табела 23. Преглед на невработени лица со пречки во психичкиот развој во Агенциите за вработување (состојба на 30. 11. 2007 год)

Центар за вработување	Лица со психички пречки		Лица со комбинирани пречки		вкупно	вкупно %
	машки	женски	машки	женски		
Битола	40	24	10	4	78	52%
Дебар	5	0	1	0	6	4%
Демир Хисар	1	2	0	0	3	2%
Кавадарци	10	5	5	1	21	14%
Кичево	1	1	0	0	2	1,3%
Македонски Брод	0	1	0	0	1	0,7%
Охрид	9	12	1	0	22	14,7%
Прилеп	1	0	0	1	2	1,3%
Ресен	6	2	3	1	12	8%
Струга	0	2	0	1	3	2%
вкупно	73	49	20	8	150	100%
	122		28			
вкупно %	81,3%		18,7%		100%	

Според табела 23 во Агенцијата за вработување се регистрирани вкупно 150 лица, од кои 122 (73 машки и 49 женски) се лица со психички пречки, а 28 (2 машки и 8 женски) се лица со комбинирани пречки.

Во Агенцијата за вработување се регистрирани 150 невработени лица со пречки во психичкиот развој од следните општини од Југозападна Македонија: од општина Битола 78 лица (50 машки, 28 женски), од општина Охрид 22 лица (10 машки, 12 женски), од општина Кавадарци 21 лице (15 машки, 6 женски), од општина Ресен 12 лица (9 машки, 3 женски), од општина Дебар 6 лица од машки пол, од општина Демир Хисар 3 лица (1 машко, 2 женски), од општина Струга 3 лица од женски пол, од општина Кичево 2 лица (1 машко, 1 женско), од општина Прилеп 2 лица (1 машко, 1 женско), од општина Македонски Брод 1 женско лице.

Табела. 24 Дистрибуција на менталната ретардација според степен на интелектуална попреченост и општини, според податоците добиени од Центрите за социјална работа

Општини	Лица со интелектуална попреченост				вкупно	вкупно %
	ЛМР	УМР	ТМР	ДМР		
Битола	592	90	106	36	824	19,2%
Демир Хисар	23	11	6	3	43	1,0%
Крушево	30	13	22	1	66	1,6%
Ресен	40	13	16	3	72	1,7%
Кичево	121	69	111	16	317	7,4%
Охрид	229	69	89	18	405	9,4%
Прилеп	385	108	145	50	688	16,0%
Струга	376	166	175	37	754	17,6%
Дебар	14	17	34	5	70	1,6%
Кавадарци	170	50	59	13	292	6,8%
Македонски Брод	12	10	3	1	26	0,6%
Гостивар	344	164	195	32	735	17,1%
вкупно	2336	780	961	215	4292	100%
вкупно %	54,4%	18,2%	22,4%	5,0%	100%	

Според податоците што ги добивме од Центрите за социјална работа кои гравитираат во Југозападниот дел на Македонија (табела 24), во општина Битола има најголем број на евидентирани лица со интелектуална попреченост и тоа 824 лица, потоа следува општината Струга со евидентирани 754 лица со интелектуална попреченост, општина Гостивар со евидентирани 735 лица, општина Прилеп со евидентирани 688 лица, општина Охрид со евидентирани 405 лица, општина Кичево со евидентирани 317 лица, општина Кавадарци со евидентирани 292 лица, општина Ресен со евидентирани 72 лица, општина Дебар

со евидентирани 70 лица, општина Крушево со евидентирани 66 лица, општина Демир Хисар со евидентирани 43 лица, и општина Македонски Брод со евидентирани 26 лица.

Според степенот на ментална ретардација, најзастапена е лесната интелектуална попреченост со 54,4%, потоа следуваат тешката интелектуална попреченост со 22,4%, умерената интелектуална попреченост со 18,2% и длабоката интелектуална попреченост со 5,0%.

Табела 25. Дистрибуција на менталната ретардација според степен на интелектуална попреченост и општини, според податоците добиени од Центарот за ментално здравје при Клиничка болница во Битола

Општини	Лица со интелектуална попреченост				вкупно	вкупно %
	ЛМР	УМР	ТМР	ДМР		
Битола	592	90	106	36	824	57,46%
Демир Хисар	23	11	6	3	43	2,99%
Крушево	30	11	21	1	63	4,39%
Ресен	24	7	10	1	42	2,92%
Кичево	44	24	42	8	118	8,22%
Охрид	52	21	31	5	109	7,60%
Прилеп	83	29	20	5	137	9,55%
Струга	25	7	18	3	53	3,69%
Дебар	5	2	1	1	9	0,62%
Кавадарци	7	1	2	1	11	0,76%
Македонски Брод	12	10	3	1	26	1,81%
вкупно	896	213	260	65	1434	100%
вкупно %	62,5%	14,9%	18,1%	4,5%	100%	

Според податоците добиени од Центарот за ментално здравје при Клиничка болница во Битола (табела 25), каде што се обавува комисијата за категоризација на лица со пречки во психичкиот развој, за општина Гостивар немаме евидентирано случаи на категоризирани лица со пречки во психичкиот развој во овој центар, бидејќи случаите за категоризација од општина Гостивар се упатуваа во општина Тетово каде што работи исто така комисија за категоризација на лица со пречки во развојот.

Бројот на евидентирани лица со пречки во развојот во Центарот за ментално здравје е помал од бројот на евидентирани лица од Центрите за социјална работа кои гравитираат во Југозападна Македонија, бидејќи во последните години и другите општини имаат формирано комисии за категоризација на лица со пречки во психичкиот развој.

Според податоците што ги имаме добиено од Центарот за ментално здравје, од општина Битола се евидентирани 824 лица со интелектуална попреченост, потоа следува општина Прилеп со евидентирани 137 лица, од општина Кичево се евидентирани 118 лица, од општина Охрид се евидентирани 109 лица, од општина Крушево се евидентирани 63 лица, од општина Струга се евидентирани 53 лица, од општините Демир Хисар и Ресен се евидентирани 42 лица, од општина Македонски Брод се евидентирани 26 лица, од општина Кавадарци се евидентирани 11 лица, и од општина Дебар се евидентирани 9 лица со интелектуална попреченост.

Според степенот на ретардација, најзастапена е лесната интелектуална попреченост со 896 лица односно 62,5%, потоа следуваат тешката интелектуална попреченост со 260 лица односно 18,1%, уме-

рената интелектуална попреченост со 213 лица односно 14,9%, и длабоката интелектуална попреченост со 65 лица односно 4,5%.

Заклучок

Со истражувањето се опфатени 4292 лица со интелектуална попреченост. Во истражувањето се користени оформени лични досиеја (од невропсихијатриски, педијатриски, дефектолошки и психолошки аспект) на лица со интелектуална попреченост категоризирани во Центарот за ментално здравје на деца и младинци при Клиничката болница во Битола, како и доставените податоци од општинските Центри за социјална работа од Југозападна Македонија, за вкупниот број на категоризирани лица со интелектуална попреченост заклучно со 2007 година.

Со истражувањето се опфатени следните општини од Југозападна Македонија: Битола, Демир Хисар, Крушево, Ресен, Македонски Брод, Охрид, Прилеп, Кавадарци, Струга, Кичево, Дебар и Гостивар. За општина Тетово не се добиени податоци од Центарот за социјална работа.

По извршената статистичка обработка, анализа и интерпретација следуваат следните резултати и заклучоци:

1. Од вкупниот број на лица со интелектуална попреченост кој изнесува 4292, најфреквентна е ЛМР кој е застапена со 54,4% (2336- машки пол со 69,3%, а женски пол со 30,7%), следува ТМР со 22,4% (961-машки пол со 57,8%, а женски пол со 42,2%), потоа УМР со 18,2% (780-машки пол со 63,8%, а женски пол со 36,2%) и ДМР е застапена со 5,0% (215-машки пол со 47,4%, а женски пол со 52,6%).
2. Во однос на дистрибуцијата на интелектуалната попреченост според пол, позастапен е машкиот пол и тоа со 64,7%, а женскиот пол со 35,3%. Соодносот помеѓу машкиот и женскиот пол е 1,8:1,

што упатува на фактот дека машките во однос на женските лица се поподложни на појавата на интелектуалната попреченост.

3. Што се однесува на застапеноста на возрастните групи на лицата со интелектуална попреченост, најзастапена е возрастната група од 11-15 години и тоа со 45,5% кога и детекцијата на интелектуалната попреченост е најголема, следува возрастната група од 6-10 години со 28,6%, потоа возрастната група од 16-20 години со 18,3%, возрастната група од 0-5 години со 4,2% и возрастната група над 21 година со 3,4%.
4. Во училишна возрастна група од 6-15 години која е застапена со 74,1% се врши детекција на ЛМР која е застапена со 78,1%, на УМР со 71,0%, на ТМР со 70,9% и на ДМР со 56,8%.
5. Во предучилишната возрастна група од 0-5 години се врши детекција на лица со ДМР која е застапена со 25,1%, на лицата со ТМР која е застапена со 6,7%, на лицата со УМР со 4,1%, и на лицата со ЛМР со 1,2%.
6. Во возрастната група од 16-20 години спаѓаат лицата кои се школувале во редовно основно образование, но поради нивните ограничени интелектуални капацитети и способности не успеале да го завршат со успех, се категоризирани како лица со: ЛМР и тоа 18,5%, со УМР застапеноста е 18,7%, со ТМР застапеноста е 18,0% и со ДМР застапеноста е 15,8%.
7. Лицата со ЛМР (2,2%) и УМР (6,2%) во возрастната група над 21 годишна возраст се попречености т.н. псевдоретардации. Обично лицата потекнуваат од семејства со низок социоекономски статус, каде што родителите се без образование, поради што децата се без можност да бидат стимулирани од нивните родители и

средината во која што живеат. Што се однесува на лицата со ТМР (4,4%) и со ДМР (2,3%) во возрастната група над 21 година, се работи за лица со интелектуална попреченост кои доцна се јавиле во институциите за категоризација.

8. Во однос на застапеноста на чистата интелектуална попреченост и интелектуалната попреченост со комбинирани пречки, позастапена е чистата интелектуална попреченост и тоа со 60,2%, во однос на интелектуалната попреченост со комбинирани пречки која учествува со 39,8%.
9. Кај интелектуалната попреченост со пречки, најзастапена е интелектуалната попреченост со комбинирани пречки и тоа со 31,1%, следува интелектуалната попреченост со телесна инвалидност со 29,0%, потоа интелектуалната попреченост со пречки во говорот и гласот со 22,4%, интелектуалната попреченост со пречки во слухот учествува со 10,5% и интелектуалната попреченост со пречки во видот која учествува со 7,0%.
10. ЛМР (77,3%) и УМР (59,1%) се најзастапени во чистата интелектуална попреченост. ТМР (36,0%) е најзастапена во интелектуалната попреченост со комбинирани пречки, додека ДМР (33,5%) е најзастапена кај интелектуалната попреченост со телесна инвалидност.
11. Според местото на живеење, во урбана средина (град) живеат 65,6% од лицата со интелектуална попреченост, а во рурална средина (село) живеат 34,4% од лицата со интелектуална попреченост.
12. Во однос на етиолошкиот фактор во настанувањето на интелектуалната попреченост, повеќе е застапена органската интелек-

туална попреченост која е застапена со 77,6%, во однос на семејната интелектуална попреченост која е застапена со 22,4%.

13. Во настанувањето на органската интелектуална попреченост, најзастапени се пренаталните етиолошки фактори кои учествуваат со 42,32%, следуваат перинаталните фактори со 32,34% и постнаталните етиолошки фактори со 25,34%.
14. Во настанувањето на ЛМР (42,2%) и УМР (46,4%) најзастапени се пренаталните фактори, додека во настанувањето на ТМР (45,4%) и ДМР (47,4%) најзастапени се перинаталните етиолошки фактори.
15. Со пренаталните фактори во настанувањето на интелектуалната попреченост се опфатени 42,32% од лицата со органска интелектуална попреченост. Од пренаталните етиолошки фактори најзастапени се надворешните фактори и тоа со 56,8%, следуваат хромозомските аберации со 22,1%, мултифакторијална интелектуална попреченост со 11,9%, кардиоваскуларни нарушувања со 6,2%, церебрална атрофија е застапена со 1,7% и мукополисахаридозата како етиолошки фактор е застапен со 1,3%.
16. Пренаталните етиолошки фактори се причина за настанување на ЛМР во 57,7%, на УМР во 18,0%, на ТМР во 19,0%, и на ДМР во 5,3%.
17. Со перинаталните фактори во настанувањето на интелектуалната попреченост се опфатени 32,34% од лицата со органска интелектуална попреченост. Од перинаталните етиолошки фактори најзастапени се породилните трауми и тоа со 48,6%, следува асфиксија-аноксија која е застапена со 27,5%, потоа недоносеност

- е застапено со 14,7%, хибербилирубинемијата како фактор е застапена со 6,7%, и хипогликемијата со 2,5%.
18. Перинаталните етиолошки фактори се причина за настанување на ЛМР во 46,4%, на УМР во 17,2%, на ТМР во 28,9%, и на ДМР во 7,5%.
19. Со постнаталните етиолошки фактори во настанувањето на интелектуалната попреченост се опфатени 25,34% од лицата со органска интелектуална попреченост. Од постнаталните етиолошки фактори најзастапени се конвулзиите и тоа со 56,03%, следува детската церебрална парализа со 16,31%, потоа воспаление на ЦНС како фактор учествува со 13,83%, хиперкинетички синдром со 11,70% и церебралната траума учествува со 2,13%.
20. Постнаталните етиолошки фактори се причина за настанување на ЛМР во 72,69%, на УМР во 12,77%, на ТМР во 12,77% и на ДМР во 1,77%.
21. Со истражувањето е опфатена и застапеноста на интелектуалната попреченост според национална припадност. Се однесува на вкупно 1434 лица со интелектуална попреченост кои се категоризирани во Ценарот за ментално здравје на деца и младинци при Клиничката болница во Битола, заклучно со 2007 година. Нивната застапеност е следна: Македонците учествуваат со 65,7%, Албанците со 12,6%, Ромите со 12,8%, Турците со 6,7%, Власите со 0,9%, Босанците со 0,8% и Србите со 0,5%.
22. Образование, едукација и рехабилитација во соодветни институции на лица со интелектуална попреченост од општини кои гравитираат во Југозападна Македонија

- Вкупно 237 лица со ЛМР се опфатени со образование и тоа 3,0% со предучилишно воспитание, 78,9% со основно специјално образование и 18,1% со средно насочено образование;
- Во Заводот за рехабилитација на деца и младинци во Топанско поле се сместени 24 лица со УМР;
- Во Специјалниот завод во Демир Капија се сместени 74 лица со ТМР и ДМР;
- Вкупно 177 лица со ЛМР посетуваат настава во специјалните паралелки во редовните училишта;
- Во Државното средно училиште за рехабилитација и образование „Св. Наум Охридски“-Скопје се сместени 18 лица со ЛМР;
- Во Центар за специјално средно насочено образование и воспитание „Искра“-Штип се сместени 26 лица со ЛМР;
- Во дом-семејство, во општините од Југозападна Македонија се сместени 51 лице со интелектуална попреченост;
- Во Дневни центри, во општините од Југозападна Македонија се сместени 181 лице со интелектуална попреченост;
- Во ПОУ „д-р. Златан Сремац“-Скопје се сместени 6 лица со ЛМР од Југозападна Македонија;
- Во ПОУ „Св. Климент Охридски“- Ново село, Струмица, се сместени 11 лица со ЛМР;
- Во Агенцијата за вработување се регистрирани вкупно 150 невработени лица со пречки во психичкиот развој и тоа 93

од машки пол и 57 од женски пол од општините од Југозападна Македонија.

Предлог мерки

1. Во склоп на деинституционализацијата на лицата со пречки во развојот, предлагаме:
 - Сместување во семејство-одвојувањето на интелектуално попреченото дете во првите пет години од животот може да биде штетно за неговиот социјален, емоционален и интелектуален развој;
 - Отварање на Дневни центри-дневните центри за умерено и тешко интелектуално попречени лица каде им се обезбедува дневно згрижување, окупациона терапија, културно забавни и рекреативни активности.
2. Едукативна рехабилитација, која се состои од:
 - Предучилишно воспитание;
 - Основно специјално образование;
 - Средно насочено образование.
3. Професионална рехабилитација, која се состои од:
 - Професионална ориентација (избор на занимање);
 - Професионално оквалификување и работно оспособување;
 - Вработување на работни места кои одговараат на нивните психофизички способности.
4. Социјална рехабилитација, која се врши во семејството, во дневни центри и во текот на едукативната и професионалната рехабилитација.
5. Вработување: самото вработување овозможува самопотврдување и самодокажување на интелектуално попречените лица, со тоа и

нивно вклучување во општествениот живот што е основна и главна интенција на рехабилитација.

6. Формирање на национален регистар за лица со интелектуална попреченост.
7. Воведување на рубрика за лица со интелектуална попреченост во пописот на население на Р. Македонија во 2012 година.

Користена литература

1. Ajdinski, Lj., Miladinović, V. (1990), Metodika rada sa mentalno retardiranim decom skolskog uzrasta, Beograd: Univerzitet u Beogradu, Defektoloski fakultet.
2. Ајдински, Г., (2007), Олигофренологија, Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија.
3. Ајдински, Г. (2000), Карактеристики во развојот кај лесно ментално ретардирани ученици, Куманово: Македонска ризница.
4. Ајдински, Г., Киткањ, З., Ајдински, Љ. (2007), Основи на дефектологијата, специјална едукација и рехабилитација, Филозофски факултет, Скопје.
5. Ајдински, Љ. (1982), Интегрална рехабилитација на ментално ретардирани лица, Белград.
6. Ајдински, Љ., Ајдински, Г., Михаилов, З. (1999), Основи на дефектолошката теорија и практика, Скопје: Сојуз на дефектолози на Македонија.
7. Ајдински, Љ., Андреевски, В. (2001), 50 години заштита, рехабилитација, воспитание и образование на лицата со пречки во развојот во Република Македонија, 1949- 1999, Скопје: Сојуз на дефектолози на Македонија.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Genetics, Health Guidelines for Children with Down Syndrome, Pediatric, 93, 1994.
9. American Association on Mental Retardation, What is Mental Retardation? The Arc, 1998.

10. American Association on Mental Retardation, Mental Retardation, Definition classification and systems of supports, Washington, 1992.
11. American Psychiatric Association (1980), Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, Ed.3. American Psychiatric Association, Washington.
12. Babus, V., (1997), Epidemiologija, Zagreb: Medicinska kniga.
13. Бала, Ј., Новак, Ј., (1991), Карактеристике развоја и психолошка процена ментално заостале деца, Београд: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.
14. Baroff, G. S., Developmental disabilities: Psychological aspects, Austin TX: PRO- ED, 1991.
15. Batshaw, M. L., Perret, Y. M., (1992) Children with disabilities, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing CO.
16. Bojanin, S. (1985), Neuropsihologija razvojnog doba, Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.
17. Бојациевски, П., Бојациевска, Р., (2006), Здравството во Битола, 1944-2004 год , Битола: Македонско научно друштво.
18. Veličković, R. (1980), Epidemioloskih karakteristika mentalno retardiranih osoba na području Kragujevca, Psihijatrija, zbornik radova, VI kongresa psihijatara Jugoslavije, Sarajevo.
19. Gieruszczak- Bialek, D., Skorka, A., (2001), Mental retardation, New Medicine- Pediatrics, Vol. 4, 342- 367.
20. Genetic causes of mental retardation
<http://www.thearc.org/net community>
07.11.2008

21. Grossman, H. J., (1973), Manual of terminology and classification in Mental Retardation, A. C. AAMD- Special Publication Series Wo. 2, Washington.
22. Grossman, H. J., (1983), Classifikacija in Mental Retardation (third edition), American Association on Mental Deficiency.
23. Development delay and mental retardation
<http://www.eurogentest.org>
08.11.2008
24. Definicija i Klasifikacija mentalne retardacije
<http://www.nakladaslap.com>
04.11.2008.
25. Добрев, З. (1995), Умствено изостанали лица, Просвета, Софија.
26. Doll, E. A., 1964, Vineland Scale of social Maturity Mineapolis American Guidance Service.
27. Ѓорѓевиќ, Д. (1981), Развојна психологија, Дечје новине, Београд.
28. Ѓорѓевиќ, Д. (1982), Психологија ментално заосталих лица, Дечје новине, Горни Милановац.
29. Etiology of developmental disabilities in Soweto, South Africa
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender>.
07.11.2008
30. Etiological survey on intellectual disability in the Northern Finland birth cohort 1986
<http://aaid.allenpress.com>
05.11.2008
31. Etiological Characterization of 512 Severly Mentally Retarded Institutionalized Patients in Havana

<http://content.karger.com>

06.11.2008

32. Epidemiology- definition of epidemiology

<http://www.thefreedictionary.com/epidemiology>

01.11.2008

33. Ефински, Д., (1981), Превенција, детекција, тртман и дијагностика на ментално ретардираните лица, Порака, Скопје, 3-4.
34. Ефински, Д., (1982), Лекување на генетските условени состојби, Порака, Скопје, 1-2.
35. Заедница на заштитни друштва на Македонија Заповим, (2005), Преглед на прописи кои го регулираат работењето на Заштитните трговски друштва и вработувањето на инвалидни лица во Република Македонија (второ изменето и дополнето издание), Скопје.
36. Закон за вработување на инвалидни лица, Службен весник на РМ број 87/2005.
37. Илиќ, С., (1980), Следењето на ризични деца- допринос кон раното откривање, лекување и хабилитација на хендикепираното дете, Порака 1-2, Скопје.
38. Invazivne i neinvazivne metode prenatalne dijagnostike
<http://hpps.kbsplit.hr>
06.11.2008
39. Intellectual disability in the Northern Finland birth cohort 1986.
<http://aaidd.allenpress.com>
05.11.2008

40. Irvin Philips, (1996), Prevention and Treatment of Mental Retardation, New York/ London: Basic Books.
41. Jakulić, S., (1980), Mentalna retardacija uzrokovana hromozomskim i genetskim faktorima, Beograd: Savremena administracija.
42. Jakulić, S., (1981), Mentalna zaostalost, Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.
43. Jakulić, S., (1986), Rehabilitacija mentalno retardiranih lica, Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.
44. Jakulić, S., (1993), Medicinske osnove mentalne retardacije, Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.
45. Janjanin, M., (1996), Osnovne metode statisticke analize, Beograd: ZUNS.
46. Kecmanović, D., Loga, S., Cerić, I., Marković, A. (1983), Psihijatrija, Beograd- Zagreb: Medicinska kniga.
47. Cohen William, (1996), Health Care Guilines for Individuals with Down syndrome, Down syndrome Quarterly, Vol. 1 No. 2.
48. Council of Europe, European co-operation concerning epidemiological studies in the field of mental health, Strasbourg, 1993.
49. Копачев, Д. (1981), Клиничка диференцијација помеѓу менталната ретардација и најчестите неуропсихијатриски нарушувања во детската возраст, Порака 1-2, Скопје.
50. Копачев, Д. (1999), Невропсихологија, општ и клинички дел-скрипта, Скопје: Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за дефектологија.

51. Crome, L., Stern, J., (1998), Pathology of Mental Retardation, Livingstone, London.
52. Lurija, A. R., (1983), Osnovi neuropsihologija, Beograd: Nolit.
53. Mental Disorder in China
<http://books.google.com>
 10.11.2008
54. Mental retardation
<http://www.emedicine.com/neuro/topic>.
 04.11.2008
55. Mental retardation
<http://www.answers.com/topic/mental-retardation>
 05.11.2008
56. Morić-Petrović, S., (1987), Psihijatrija, Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
57. Nikolić, S., (1990), Mentalni poremećaji djece i omladine, Zagreb: Skolska knjiga.
58. Patton, J. R. et al., (1986), Mental retardation (2nd ed), Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
59. Пејковска-Ќаева, М., (2004), Ментална субнормалност, Кичево: Графомак.
60. Perinatal factors associated with cerebral palsy in children born in Sweden
<http://www.greenjournal.org>
 09.11.2008
61. Петров Р. (2007), Лица со инвалидност, Филозофски факултет, Скопје.

62. Петров, Р. (1999), Третман на тешко ментално ретардирани лица, Неготино: ГТУП, Спектар А. С.
63. Петров, Р., Копачев, Д., Такашманова, Т., (2004), Деинституционализација на деца со тешка ментална ретардација, Скопје: Филозофски факултет.
64. Петров, Р. (2007), Лица со инвалидност, Филозофски факултет, Скопје
65. Петров Р., Ѓурчиновска Л., Станојковска-Трајковска Н., (2008), Заштита и рехабилитација на лица со инвалидност, Филозофски факултет, Скопје.
66. Petz, B., (1970), Osnovne statisticke metode, Zagreb: Izdavacki Zavod Jugoslavenske akademije znanosti i umjetnosti
67. Postnatal organic causes
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender>.
06.11.2008
68. Правилник за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или психичкиот развој, Службен весник на Република Македонија, бр. 30, 2000.
69. Prevalence and associated impairments of mild mental retardation in six-to ten-year old children in Pakistan: a prospective study.
<http://www.ingentaconnect.com/content/apl/spae>.
05.11.2008.
70. Programi deinstitutionalizacije u svetu.
[http:// www.Velikimali.Org/brosure/vodic.pdf](http://www.Velikimali.Org/brosure/vodic.pdf)
30.10.2008

71. Proces deinstitutionalizacija u svetu.
<http://www.revija-socijalna-politika.com/journal>.
30.10.2008
72. Psychiatric Assessment of the Person with Mental retardation
<http://www.psychiatry.com/mr/assessment.html>
05.11.2008.
73. Public health approach to the study of mental retardation
[http:// aaidd.allenpress.com](http://aaidd.allenpress.com)
08.11.2008
74. Radojčić, B., (1971), Klinicka Neurologija, Beograd- Zagreb:
Medicinska knjiga.
75. Radojčić, B., (1974), Epidemiologija mentalne retardacije u
Beogradu, Zdr. Zast, 8,3.
76. Radojčić, B., (1986), Bolesti nervnog sistema, Beograd- Zagreb:
Medicinska knjiga.
77. Radojčić, B., (1995), Klinicka neurologija, Beograd: Zavod za
udzbenike i nastavna sredstva.
78. Radojčić, B., Drvosanski, P., Basta, Lj., (1971), Biohemiski
poremećaj kako uzrok mentalne retardacije, Ispitivanje u specijalnim
domovima, Nar. Zdr., 56, 187.
79. Radulović, K., (1998), Psihologija i psihopatologija mentalno
retardiranih, Beograd: Naucna kniga.
80. Sarason, S. B., (1965), Mental Retardation and Defective children,
New York, Prenetice Hall.
81. Соколовски, Ж., (1997), Третман умерено ментално
ретардираних лица, Београд: Савез друштва за помоћ МНРО
Београд.

82. Софијанов, Н., (1985), Заболувања на нервниот систем во детската возраст, Скопје: Македонска книга.
83. Stanovanje u zajednici uz podrsku za osobe sa intelektualnim teskocama, process deinstitutionalizacije.
<http://www.hendidrustvo.info/forum/index>
01.11.2008
84. Stošlević, M., (1998), Uvod u defektologiju, Beograd: Defektoloski fakultet, Visokog Stevana 2.
85. Tadić, N. (1985), Psihijatrija detinjstva i mladosti, Beograd: Naučna knjiga.
86. Трајковски, В., (2008), Медицински основи на инвалидност, Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија.
87. The prevalence of Mental retardation Among Third Grade Elementary School children in the Suwon Area, Korea
<http://www.jkms.org/fulltext/pdf/jkms>
09.11.2008
88. Ćordić, A. (1977), Pedagogija mentalno retardiranih, odbrana poglavja, Beograd.
89. Ćordić, A. (1979), Defektoloska dijagnostika mentalno zaostalih, Nasa Nada, casopis zaveza drustva za pomoc MZL, 1, Beograd.
90. Ćordić, A., Bojanin, S., (1992), Opsta defektoloska dijagnostika, Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.
91. Ford-Martin Paula Anne, (1998), Mental retardation, Gale Encyclopedia of Medicine, US.
92. Furlan, J., (1988), Covekov psihicki razvoj, Zagreb.
93. Frequency of chromosomal anomalies in mentally handicapped children

<http://www.pmrc.org.pk/chromosomal.htm>

07.11.2008

94. Hadzi Antonovic, O., (1991), Malo dete velika zagonetka, Beograd: Vuk Karadzic.
95. Harum Karen, H., (2001), Mental Retardation, Medical Journal, Volume 2, Number 11.
96. Hrnjica, S., (1991), Ometeno dete, Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.
97. WHO the ICD-10 Classification on Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva, 1992.
98. Charles Carr Cleland, (1978), Mental Retardation a Developmental Approach, Prentice Hall inc, Englewood Cliffs, New Jersey.

Листа на кратенки

ААМД-American asociation of mental disability

АД-автосомно доминантно

МР-ментална ретардација

ЛМР-лесна ментална ретардација

УМР-умерена ментална ретардација

ТМР-тешка ментална ретардација

ДМР-длабока ментална ретардација

СЗО-Светска здравствена организација

ЦНС-централен нервен систем

ПРИЛОЗИ

Назив на стручниот орган _____

Број _____

Датум _____

**НАОД И МИСЛЕЊЕ
ЗА ВИДОТ И СТЕПЕНОТ НА ПОПРЕЧЕНОСТА ВО ФИЗИЧКИОТ ИЛИ
ПСИХИЧКИОТ РАЗВОЈ И СПЕЦИФИЧНИТЕ ПОТРЕБИ**

Име и презиме на лицето _____

Пол, дата и место на раѓање _____

Име на таткото и занимање _____

Име на мајката и занимање _____

Адреса и место на живеење на лицето _____

Вид и степен на физички или психичка попреченост _____

Мислење се дава (прв, втор или трет пат) _____

Специфични потреби од сферата на:

а) личниот живот _____

б) детската заштита _____

в) образованието _____

г) професионално оспособување _____

д) вработувањето _____

ѓ) социјалната заштита _____

е) здравствената заштита _____

Датум за јавување на повторен преглед _____

Посебни напомени _____

СТРУЧНИ ЛИЦА:

Овластено лице:

М.П

СОВЕТУВАЛИШТЕ

ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ НА ДЕЦА И МЛАДИНЦИ
БИТОЛА

СТРУЧЕН ПРОФИЛ НА ЛИЦЕТО КОЕ

ДАВА МИСЛЕЊЕ _____

МИСЛЕЊЕ

на стручното лице _____

Име и презиме на прегледаното лице _____

Година на раѓање и адреса _____

Здравствена односно социјална анамнеза _____

Начин - тек на испитување на прегледот, применети методи и инструменти, психолошки тестови
медицински испитувања и други _____

Резултатот од прегледот - испитување и стручни наоди и мислења за состојбата на лицето и неговата
преостаната способност и можности за понатамошен развoтoк _____

Предлог за упатување и сместување на лицето, заштита, нега, воспитание и образование
рехабилитација и друг посебен третман _____

Место и дата

Потпис на службеното лице
